

V Swahnberg.
1898.

TECHNIQUE

DU

TRAITEMENT MANUEL SUÉDOIS

OUVRAGES DU Dr KELLGREN.

Technique du traitement manuel. Medical Press and circular.

Nouveaux mouvements dans le traitement manuel. Communication faite au Congrès de Rome.

PRINCIPAUX OUVRAGES DU Dr GARNAULT.

Recherches anatomiques et histologiques sur le Cyclostoma elegans, 1887. Thèse de doctorat ès-sciences naturelles (de la Sorbonne) et Actes de la Société Linnéenne de Bordeaux.

Sur la signification morphologique des enveloppes de l'œuf, chez les Chitonides, 1888. Archives de zoologie expérimentale, de LACAZE-DUTHIERS.

De la caryocinèse et de ses relations avec le processus de la fécondation, par WALDEYER. Traduit de l'allemand, avec l'exposé de mes recherches sur les phénomènes intimes de la fécondation chez l'*Helix aspersa*. Archives de Tocologie et Bulletin scientifique du nord de la France et de la Belgique, de GIARD.

La voix, le chant et la parole, par LENNOX BROWNE et BEHNKE. Traduit de l'anglais sur la 14e édition. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1893, 2e édition.

Le massage vibratoire et électrique dans les affections de la gorge, des oreilles et du nez. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1894.

Les maladies du nez. Dans le traité de médecine, publié chez Maloine. Paris, 1895.

Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques, par ZUCKERKANDL. Traduit de l'allemand sur la 2e édition en collaboration avec le Dr LICHTWITZ. 1 vol. de 600 pages gr. in-8° et 1 atlas de 58 planches doubles avec 400 figures. Masson, Paris, 1895.

Précis des maladies de l'oreille, 1 vol. de 600 pages avec 173 figures. Doin, Paris, 1895.

En préparation :

Les maladies des voies respiratoires supérieures.

Technique

DU

TRAITEMENT MANUEL SUÉDOIS

(GYMNASTIQUE MÉDICALE SUÉDOISE)

PAR

Le Dr ARVID KELLGREN

DOCTEUR EN MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ D'ÉDINBOURG,
CHEVALIER DE L'ORDRE IMPÉRIAL AUTRICHIEN DE LA COURONNE DE FER DE IIIe CLASSE.

TRADUIT SUR LA 2me ÉDITION AUGMENTÉE

PAR

Le Dr P. GARNAULT,

Docteur en Médecine, Docteur ès-sciences naturelles.
Spécialiste pour les maladies de la gorge, des oreilles et du nez



PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1895

CHER DOCTEUR GARNAULT,

Connaissant comme je la connais, la difficulté qu'il y a à décrire correctement les mouvements et les manipulations du traitement manuel, même après les avoir exécutés, il doit être, à mon avis, encore plus difficile de traduire cette description sans les avoir vu appliquer. C'est pour cela que je n'ai pas accepté les propositions qui m'ont été faites de traduire mon livre en français.

Lorsque, il y a environ un an aujourd'hui, vous m'avez envoyé un exemplaire de votre excellent livre sur « **Le massage vibratoire et éclectrique des muqueuses, dans les maladies de la gorge, du nez et des oreilles** », *dans lequel vous aviez cité des passages de mon livre sur* « **Le traitement manuel Suédois** », *je fus, non seulement très surpris, mais aussi très satisfait, de la remarquable correction de votre traduction.*

J'ai donc à peine besoin de vous dire à quel point j'ai été heureux de vous voir entreprendre la traduction complète, en français, de mon livre, dans lequel j'ai décrit l'exécution des vibrations externes, dont vous avez appliqué une modification, avec un si brillant succès, aux membranes muqueuses du nez, du pharynx et du larynx.

Recevez, cher docteur Garnault, etc.

Dr ARVID KELLGREN,
94, Cromwell Road,
LONDON, S. U.

20 janvier 1895.

PRÉFACE DE L'AUTEUR

Le Dr Eugène Gruber, médecin de la marine militaire I. et R. Austro-Hongroise, dont je fis la connaissance pendant l'automne de 1888, à bord du yacht *I. et R. Miramar*, me fournit l'occasion de faire, à l'hôpital de la marine de Pola, seize conférences sur le traitement manuel. Je fis également des démonstrations pratiques sur divers malades.

Je me rendis compte, à ce moment, combien il était difficile de bien posséder la technique de ces divers mouvements et je me décidai à les décrire et à les expliquer par des figures.

La section de marine du ministère de la guerre de Vienne, me fit l'honneur de publier dans le *Sanitäts-bericht* de la marine militaire, pour l'année 1888, ma description des mouvements.

Le Dr Basso-Arnoux, qui a traduit mon livre en italien, a eu la bonté de me donner les clichés des deux grandes figures représentant mon Institut de Londres, pour le taitement manuel Suédois, avec les appareils qui s'y trouvent.

La méthode de traitement manuel que j'ai décrite — et qui est essentiellement celle qu'emploie mon frère, le Directeur Henri Kellgren — se caractérise par les traits suivants :

I. — J'emploie toujours le massage sec.

Entre autres avantages, il présente celui de ne pas obliger à mettre à nu le corps du patient.

Le Dr Hoffa, dans son travail intitulé « *Technique du massage* », prétend que tout massage qui n'est pas appliqué sur le corps nu est une *charlatanerie*. Je ne puis m'expliquer cette affirmation que parce qu'il ne connaît pas cette espèce de massage; ou serait-il réellement possible que le Dr Hoffa ne puisse appliquer correctement le massage abdominal, par exemple, lorsqu'une chemise de toile est interposée entre sa main et le corps du malade?

S'il en est ainsi, il serait en tous cas agréable pour les malades du Dr Hoffa, qu'il se décidât à apprendre cette manière de procéder.

II. — Je n'applique pas le traitement avec la même rudesse que les disciples de Metzger, c'est ce que l'on verra facilement par ma description des mouvements.

C'est pour cela que je n'applique pas le *massage préparatoire* qu'emploient beaucoup de médecins et qui fait tant perdre de temps aux malades. Aussi ne m'est-il encore jamais arrivé de produire des lésions du tégument. Ce fait seul constitue la preuve que l'on a opéré avec une main roide et dure et que *le traitement a été rude.*

III. — J'emploie méthodiquement les secousses et les vibrations contre le phénomène de la congestion et de l'inflammation.

IV. — J'excite directement les nerfs par des frictions et des vibrations, et j'agis ainsi d'une façon réflexe sur la circulation.

Le traitement manuel semble être très facile et très simple, et pourtant la plupart de ceux qui ont à l'appliquer ne l'exécutent pas correctement, parce qu'il est absolument nécessaire de posséder une main légère et élastique; c'est-à-dire que l'on doit travailler la main étant libre, sans que les articulations des bras et de la main soient tendues par la contraction des muscles.

C'est là justement le contraire de l'idée qui paraît s'être

répandue, qu'il ne faut qu'une main puissante et un bras fort. Le titre de docteur ne suffit pas non plus, mais on doit posséder une expérience pratique pour avoir une opinion exacte sur le traitement. Que doit-on penser, de l'idée que se font certains médecins, du massage, lorsqu'on les voit donner à leurs malades de *lourdes boules*, pour s'appliquer le massage abdominal eux-mêmes.

Il est cependant certain que ces faits se produisent.

Souvent on lit que le massage, pour être efficace, doit toujours être appliqué deux fois par jour. Pourquoi? Est-ce parce que Metzger agit ainsi? Je ne vois pas cette nécessité et il faut qu'un cas soit bien grave, pour que je me décide à le traiter deux fois par jour.

Il ressort clairement de ce qui précède, que la méthode de traitement que je décris et applique est différente des autres et qu'elle renferme des mouvements jusqu'ici peu connus et peu appliqués, tels que secousses, vibrations, frictions nerveuses et vibrations des nerfs.

Je veux encore redire, que les médecins doivent soigneusement étudier le massage manuel, et ne pas le traiter aussi superficiellement qu'ils le font encore si souvent aujourd'hui. Il est nécessaire que les médecins qui veulent l'appliquer aient des dispositions naturelles, qu'ils le considèrent comme une spécialité et qu'ils s'y préparent ainsi que doivent le faire tous les médecins spécialistes.

Dans beaucoup de maladies, où les autres méthodes sont impuissantes et restent toujours impuissantes, le traitement manuel, appliqué correctement et soigneusement, peut produire l'amélioration ou la guérison.

D[r] Arvid KELLGREN.

Londres et Baden-Baden.
Décembre 1894.

PRÉFACE DU TRADUCTEUR

Il peut sembler surprenant que ce soit un médecin spécialiste pour les maladies de la gorge, des oreilles et du nez qui ait entrepris la tâche de traduire en français le livre du Dr Kellgren, *sur le Traitement manuel Suédois ;* je vais en donner la raison.

Le Dr Kellgren a fait connaître dans son livre si remarquable et si original plusieurs mouvements nouveaux dont il a étudié soigneusement le mécanisme de production et les effets thérapeutiques ; il a semblé à quelques-uns, et je m'honore d'avoir été de ces ouvriers de la première heure, que les mouvements, efficaces à la surface de la peau, devaient l'être bien plus encore sur les muqueuses, où ils assuraient d'abord une pénétration plus complète des médicaments que le simple badigeonnage et où ils produisaient leur action thérapeutique propre, bien plus sûrement encore que sur la peau.

Le massage vibratoire des muqueuses, auquel j'ai ajouté l'électricité, dans la cure de l'ozène, peut être considéré comme la découverte thérapeutique la plus importante et la plus féconde qui ait été faite dans le traitement des maladies des voies respiratoires supérieures et elle a déjà remplacé et remplacera définitivement le badigeonnage et les pulvérisations et dans bien des cas la cautérisation.

Grâce au massage vibratoire, on peut aujourd'hui guérir dans la grande majorité des cas, la rhinite atrophique fétide ou ozène, considérée autrefois, avec raison, comme une affection incurable et dans les autres cas, on obtient une

amélioration (notamment la disparition de l'odeur) inconnue avec les autres procédés.

Les affections catarrhales des voies respiratoires supérieures cèdent le plus souvent au massage et on peut, d'une façon certaine, arriver à fortifier par le massage la muqueuse nasale, même déjà malade, à tel point qu'on la rendra réfractaire à l'inflammation et que le coryza ne se produira plus, ou bien ne se produira que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Le massage vibratoire est une méthode efficace contre les bourdonnements, la surdité, le catarrhe de l'oreille et peut empêcher souvent la transformation du catarrhe de la caisse du tympan en otite purulente.

Nous produisons la vibration autrement que ne le fait le Dr Kellgren, et nous avons imaginé, pour certains cas, un vibrateur électrique spécial (1). Mais après une pratique de plus de trois années, nous sommes presque exclusivement revenu au massage purement manuel.

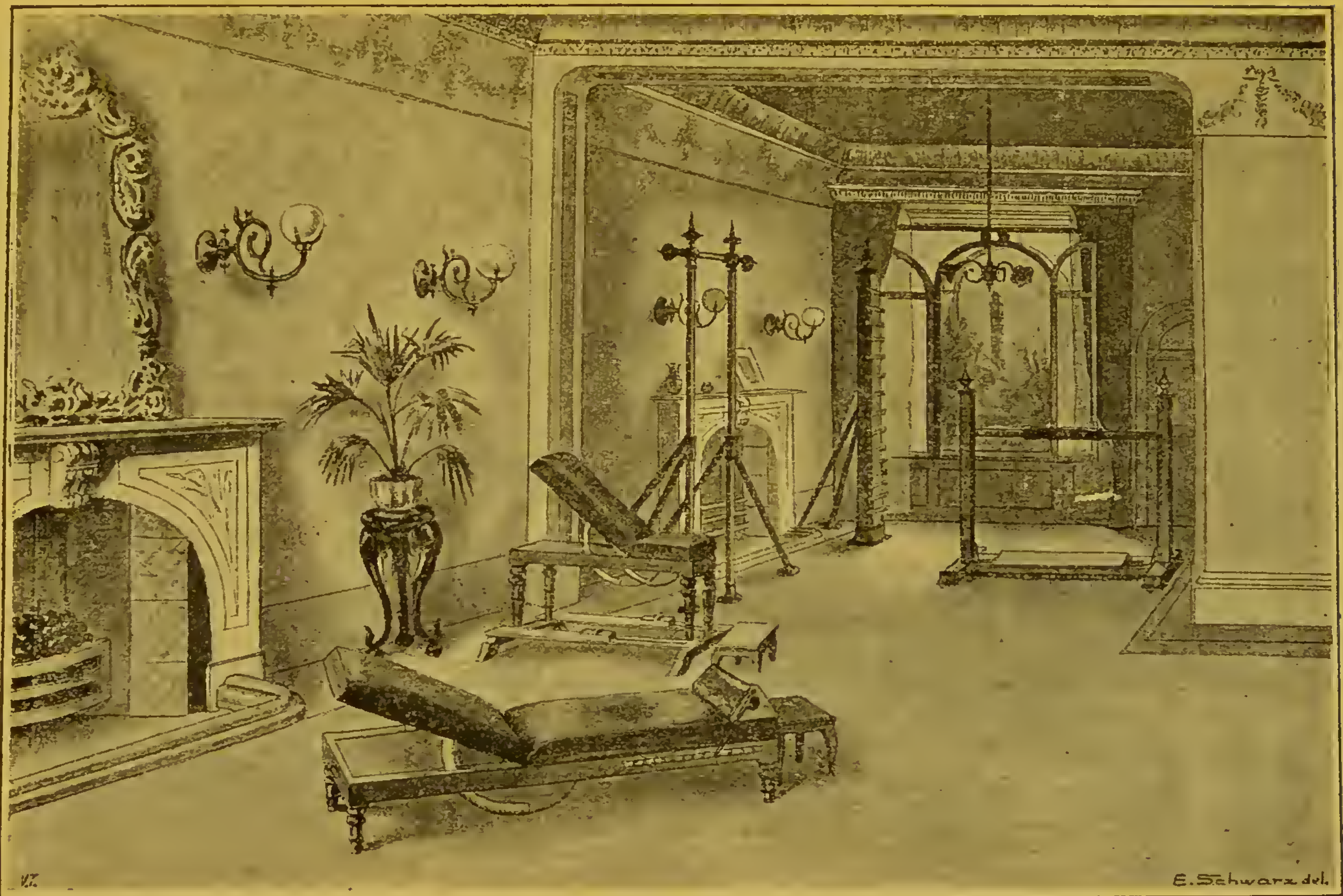
En présence des magnifiques résultats que nous avons obtenus, nous sommes heureux de témoigner au Dr Kellgren notre reconnaissance, car la première idée de la vibration nous vient de lui, et nous avons pensé que la meilleure manière de la lui exprimer, était de faire connaître son œuvre au public médical français.

Dr P. GARNAULT.

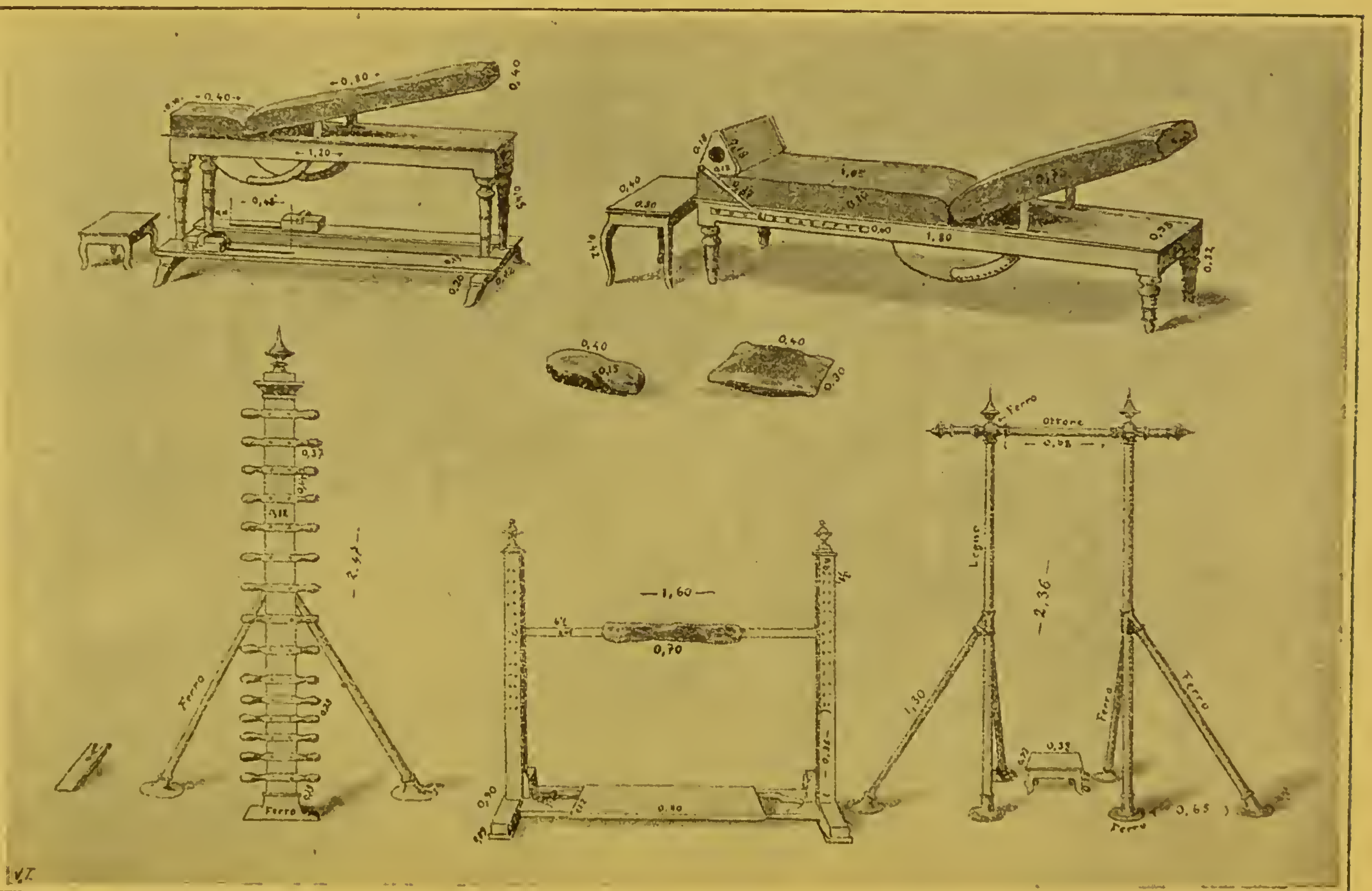
Paris, le 15 janvier 1895.

(1) Voir, pour tout ce qui concerne le massage vibratoire des muqueuses, mon livre *« Le massage vibratoire dans les affections des oreilles, de la gorge et du nez »*. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1894.

Institut pour le Traitement manuel suédois, du Dr **Arvid Kellgren**, à Londres, 94, Cromwell Road.



Les appareils employés pour le Traitement manuel suédois, par le Dr **Arvid Kellgren**, dans ses Instituts de Londres et de Baden-Baden.



Dr G. BASSO-ARNOUX.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES

TECHNIQUE

DU

TRAITEMENT MANUEL SUÉDOIS

GYMNASTIQUE MÉDICALE SUÉDOISE

INTRODUCTION.

Il y a maintenant plus de quatre-vingts ans que l'idée de guérir les maladies par des mouvements méthodiques, vint à un Suédois, du nom de Pierre-Henri Ling.

P.-H. Ling naquit en 1776. Son père était ministre protestant. Il suivit les cours préparatoires ordinaires pour entrer à l'Université où, suivant le désir de ses parents, il commença l'étude de la théologie. Cependant les tendances du caractère de Ling le portaient vers une vie plus active, et aussitôt qu'il fut libre de suivre ses propres inclinations, il se mit à voyager sur le continent.

On ne sait que très peu de choses à son sujet pendant ses voyages. Il est certain qu'il revint dans son pays versé dans la connaissance des langues étrangères, et maître parfait dans l'art de l'escrime : mais aussi, à la suite des fatigues qu'il avait endurées, avec une constitution délabrée.

Cela, d'ailleurs, ne l'empêcha pas de se livrer à ses exercices préférés ; c'est ainsi qu'au commencement du siècle, il s'occupait avec ardeur de gymnastique et d'escrime.

Ling revint graduellement à la santé, et nous le trouvons vigoureux et énergique, en 1804, occupant le poste de maître d'escrime à l'Université de Lund. Il attribuait, avec raison, ce changement, aux exercices de gymnastique qu'il avait faits. Il en tira cette conclusion que ce qui avait été bon pour lui le serait aussi pour les autres, et qu'il doit être possible d'imaginer des mouvements qui seraient particulièrement utiles aux malades.

C'était un homme d'une énergie indomptable, qu'il mit tout entière au service de ses idées. Les professeurs de médecine de l'Université de Lund étaient ses amis, il essaya de les intéresser à ses idées, et y réussit jusqu'à un certain point. Ils lui ouvrirent leurs cabinets, en particulier celui d'anatomie, et l'aidèrent de diverses manières. Le « Maître d'escrime », comme aiment tant à l'appeler plusieurs des auteurs qui, sur le continent, ont écrit sur le massage et qui, pour la plupart, n'ont pas la moindre notion de sa méthode, apprenait tout ce qui, à cette époque, pouvait être appris dans les diverses branches des études médicales.

Il utilisa et développa beaucoup de mouvements gymnastiques déjà employés par ses prédécesseurs. il en imagina lui-même un grand nombre et édifia ainsi un système d'exercices, le système de Ling. Il étudia leurs effets et essaya de l'expliquer sur des bases physiologiques. De même que nous ne pouvons pas expliquer l'action de beaucoup de médicaments, de même, il fut incapable d'expliquer pourquoi certains exercices produisent certains résultats. Il fut guidé dans ces cas par les lois de l'esthétique et pensa que tout exercice ou mouve-

ment, qui, en lui-même est gracieux, doit aussi être utile. Il divisa son système en quatre branches principales :

1. Le pédagogique ;
2. Le médical ;
3. Le militaire ;
4. L'esthétique.

J'ai seulement l'intention dans ce travail d'étudier plus particulièrement le second groupe ; mais je dois dire que les exercices « pédagogiques » ont pour but de développer et de fortifier des gens qui se portent bien, tandis que les exercices médicaux sont destinés à arrêter ou à combattre des états pathologiques.

Ces deux groupes, cependant, passent l'un à l'autre si graduellement, qu'on ne peut établir entre eux aucune ligne de démarcation distincte ; il est donc essentiel de les connaître tous deux, afin de pouvoir employer convenablement et à propos, la partie médicale du système.

Désireux de fonder un établissement de gymnastique, Ling demanda l'aide du gouvernement, mais le ministre d'État auquel il s'adressa lui-même, répondit : « Nous avons assez de baladins et de danseurs de corde, sans qu'ils aient besoin d'être subventionnés par l'État ». Mais dans l'année 1812, ses efforts furent couronnés de succès et le gouvernement de Suède fonda le « Royal Central Institut de gymnastique » à Stockholm, et mit Ling à sa tête.

On y professait des cours réguliers d'anatomie et de physiologie, on y enseignait la gymnastique pédagogique et médicale, ainsi que l'escrime dans toutes ses branches. On ne permettait à aucun élève de rentrer à l'Institut s'il n'avait passé l'examen d'entrée de l'Université, qui correspond à « l'Abiturienten Examen », en Allemagne. Actuellement, on y fait un cours de neuf mois, chaque année, du 1er septembre au 15 mai.

Lorsque Ling mourut, le 3 mai 1839, il laissa en héritage à son pays, qui le considère comme un de ses fils les plus illustres, son système d'exercices, qui a permis à des milliers d'individus de regagner la santé; et grâce à sa partie pédagogique, la Suède est encore habitée par un peuple vigoureux et sain.

La carrière de la nouvelle méthode ne fut pas exempte d'obstacles, car dès que les résultats du traitement commencèrent à se manifester, les médecins Suédois firent tout au monde pour empêcher les progrès de la nouvelle méthode. Au début, ils essayèrent de tuer le système par le silence, ou bien ils l'accablèrent de sarcasmes; mais voyant que ces moyens devenaient inutiles, en présence des résultats obtenus, ils commencèrent une résistance active.

Mais, cependant, les partisans du système (et parmi eux, formant exception à la règle générale, se trouvaient quelques médecins) étaient bien trop enthousiastes du traitement pour être facilement détournés de ce qu'ils considéraient comme la bonne voie.

Lorsque je passai les années 1877-79 à l'Institut, un cours de deux années seulement était nécessaire pour obtenir le diplôme; mais dans l'année 1888, un nouveau règlement exigea un cours de trois années. La dernière année est entièrement consacrée à suivre les cours de pathologie, les cliniques et à l'application des divers mouvements aux patients soumis au traitement. Ces malades sont de deux catégories : le matin, ils sont payants, l'après-midi, les pauvres sont traités gratuitement. C'est au directeur actuel de l'Institut, le professeur L. M. Torngren, au professeur Hartelius et à ses autres maîtres qu'est due cette extension nécessaire du temps des études ; car depuis six ans ils réclamaient énergiquement du conseil médical Suédois ce nouveau règlement.

Beaucoup de gens supposent que ce que l'on désigne actuellement sous le nom du massage est une chose, et le système de Ling une autre. C'est là une erreur complète, car les manipulations du massage ne sont qu'une partie des mouvements passifs, que comprend le système de Ling. Chacun peut se rendre compte par lui-même qu'il en est ainsi, s'il veut se donner la peine de lire ce que Ling et ses successeurs immédiats ont écrit. D'autre part, il est tout à fait exact que les médecins Suédois, négligeant leur Institut national, ont appris les manipulations du massage de Metzger et de ses élèves.

Je tiens aussi à dire que je n'ai jamais étudié la méthode qu'avec mes maîtres du « Royal Central Institut » de Stockholm (aucun d'eux ne s'y trouve plus actuellement) et avec mon frère Henri Kellgren, sous la direction duquel j'ai travaillé de 1876 à 1886. Je n'ai point lu tous les écrits sur le massage et le système de Ling (Schwedische Heilgymnastik), qui ont poussé dru sur le continent. Mais le peu de ces auteurs que j'ai lus, et les figures que j'ai vues dans leurs livres, ayant la prétention de représenter exactement les exercices de Ling, étaient incorrects dans la plupart des cas.

Ces livres donnent une autre impression, c'est que leurs auteurs, s'ils sont allés en Suède, ont dû y aller pendant l'été, lorsque l'Institut est fermé ; ou, en tout cas, qu'ils y sont restés trop peu de temps pour y apprendre quoi que ce soit.

J'ajouterai qu'une partie des mouvements que je décris, c'est-à-dire, la plupart des secousses (shakings), presque toutes les vibrations et les vibrations nerveuses ne font pas partie du système original de Ling, mais ont été ajoutées par mon frère Henry Kellgren, qui fut élève de Ling junior.

Il est à peine besoin d'ajouter que nous, qui préconisons

le système de Ling tel qu'il l'a enseigné, nous n'employons aucune machine pour produire les mouvements. Nous avons certainement un appareil, si je puis appeler ainsi, celui sur lequel ou à côté duquel le patient peut prendre certaines positions qui lui permettent d'exécuter l'exercice que nous voulons et comme nous le voulons. Il n'est pas possible que des machines exécutent le travail de la main humaine, qui a le cerveau pour la contrôler. Si la machine pouvait sentir et penser, il pourrait en être autrement. L'état du patient varie de jour en jour, et il doit en être de même du traitement. C'est ce qui peut être exactement fait, lorsque nous nous servons de nos mains, mais non lorsqu'on emploie des machines. Le professeur Branting, le plus grand des élèves de Ling senior, parlant des machines disait : « De representera » hedendomen i gymnastiken », « elles représentent l'épo» que héroïque pour le traitement ». Je conviens facilement qu'il est plus commode de faire le travail avec des machines, mais comme le patient doit être notre première préoccupation, je n'hésite pas à dire qu'aucune machine ne produira des résultats comparables aux exercices manuels correctement appliqués.

On admet généralement que le traitement manuel est tout à fait inapplicable dans les inflammations aiguës des articulations et des autres régions. Cette opinion, très répandue, est une erreur complète. Certainement, si nous nous confions uniquement aux mouvements ordinaires de massage, dans ces états aigus, et si nous les appliquons suivant les indications de l'école de Metzger, nous ne pouvons faire grand bien et probablement nous pouvons faire mal. Il en est tout autrement, si on veut bien exécuter ces mouvements avec une main plus légère. Mais nous possédons dans les vibrations et les frictions nerveuses, une arme sûre qui nous permet de combattre

les affections aiguës. La difficulté réside dans l'application de ces vibrations, car si elles sont appliquées par une main non exercée, leur effet, souvent, n'est pas avantageux. Mais ce n'est pas là un fait qui puisse être invoqué comme un argument contre leur emploi ou contre le traitement lui-même. Parmi les observations que j'ai ajoutées à ce livre, on rencontrera des cas d'inflammation aiguë, telle que diphtérie, amygdalite, parotidite, fractures récentes, etc., qui furent traités immédiatement.

Je n'emploie jamais ni huile, ni aucune espèce d'onguent, pour appliquer les manipulations du massage. Le massage à sec est plus propre, il donne à la main une sensation meilleure et plus certaine, les mouvements sont plus réguliers, et il est rarement nécessaire de découvrir le corps du patient, autrement que pour l'examiner. Par exemple, dans le pétrissage de l'abdomen, un linge ou une étoffe de soie sont interposés entre la main de l'opérateur et la peau du patient.

Je dois ajouter qu'un enseignement purement théorique n'apprendra jamais à qui que ce soit à exécuter les manipulations correctement. Pour être bien maître des mouvements, il faut plusieurs années de travail diligent; comme on peut en conclure du fait que le cours de Stockholm a été porté à trois années. De plus, il faut pour ce traitement une aptitude spéciale que ne remplacera pas une longue pratique; de même que tel pourra apporter dans la pratique des opérations de l'élégance et de la dextérité de touche, tandis que d'autres pourront opérer des années sans réussir à l'acquérir. Ce traitement, en un mot, est tel, que l'on ne saurait l'appliquer tout en s'occupant des autres parties de la médecine; on doit s'y livrer exclusivement ou l'abandonner.

La partie médicale du système de Ling se divise :

I. — MOUVEMENTS PASSIFS

Un mouvement passif est celui qui est exécuté sur le patient, ou sur une partie de son corps, le patient lui-même restant complètement en repos.

Les mouvements passifs sont les suivants :

1. Effleurage ;
2. Pétrissage ;
3. Tapotement ;
4. Massage par friction ;
5. Rotation et secousse des muscles ;
6. Secousses ;
7. Vibrations ;
8. Vibrations nerveuses ;
9. Extension passive des muscles ;
10. Autres mouvements passifs, tels que rotation, extension et flexion, etc., au niveau des différentes articulations.

II. — MOUVEMENTS ACTIFS

Un mouvement est appelé actif, lorsque le patient lui-même contribue à son exécution.

Les mouvements actifs sont divisés en :

1. Libres, c'est-à-dire exécutés par le patient sans aucun aide extérieur.

2. Limités, c'est-à-dire mouvements exécutés, soit pendant que la fixité ou l'isolement sont assurés par un instrument, soit sous résistance.

Les mouvements exécutés sous résistance sont à leur tour subdivisés en :

α. Ceux dans lesquels le patient résiste ;

β. Ceux dans lesquels l'opérateur résiste.

MOUVEMENTS PASSIFS

Par les mouvements passifs nous agissons plus ou moins rapidement sur la partie ou l'organe qui doit être soumis au traitement. Agissant plus particulièrement sur la circulation lymphatique et veineuse, ils doivent tous être pratiqués dans la direction de ces courants. Leur effet physiologique commun est de déterminer la résorption.

Quelques-uns de ces exercices passifs exécutés avec une partie du corps du patient, se rapprochent par leurs caractères des mouvements actifs, par exemple, la rotation d'un membre tel que le bras, lorsque nous le faisons tourner rapidement, au niveau de l'articulation de l'épaule.

EFFLEURAGE.

L'effleurage consiste à passer légèrement, sur la surface du corps, la main, que l'on ramène vers le cœur. Ce mouvement a pour but d'agir en particulier sur la circulation veineuse et lymphatique dans ses parties superficielles, telles que la peau, les tissus sous-cutanés, etc.

L'effleurage peut être très superficiel ou profond : en d'autres termes, la pression peut varier entre l'attouchement le plus léger et la même manipulation accompagnée d'un développement de force considérable; mais la force que l'on déploie dans chaque passe doit être au début très faible et augmenter au fur et à mesure que l'on se rapproche des parties saines, et l'effleurage ne doit pas être appliqué avec vigueur dès le principe.

La forme superficielle de l'effleurage a pour but de calmer la douleur par son action sur les extrémités des nerfs sensitifs de la peau; tandis que l'effleurage profond doit déterminer la progression des liquides. Dans tous les cas, à mon avis, les deux formes doivent être appliquées lentement. Si l'on passe rapidement la main à la surface de la peau, on détermine, dans la première forme, de l'excitation au lieu de sédation, et dans la seconde, de la rougeur et de la chaleur superficielle. L'opérateur a ainsi produit de l'hyperémie de la peau, c'est-à-dire attiré le sang à la surface, il a amené de la congestion, et c'est là un avantage très discutable. De plus, l'effleurage profond lorsqu'il est rapidement exécuté est plus douloureux pour le patient.

Si l'effleurage est seulement superficiel, on doit commencer à l'extrémité du membre; lorsqu'il est profond, cependant, on doit commencer un peu plus haut que la limite supérieure du gonflement.

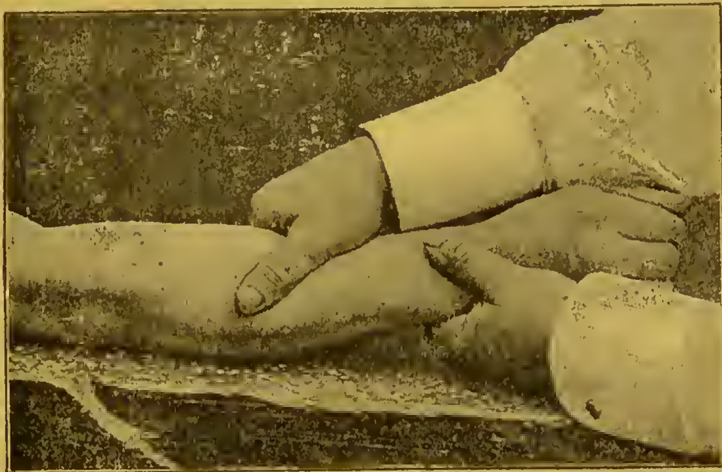
Prenons, par exemple, l'effleurage de l'avant-bras droit lorsqu'il existe des exsudats (fig. 1).

Le bras du patient repose sur une table, et l'opérateur le rend plus fixe encore, en saisissant le poignet avec sa main gauche. Avec le bord antérieur de sa main droite tournée en avant, il exécute de bas en haut un mouvement de friction, qui commence d'abord au-dessus de l'épanchement, descendant peu à peu, exécutant chacune

de ces frictions de façon à leur donner leur direction normale vers le haut.

L'effleurage doit commencer au-dessus des limites de l'exsudat, afin d'exciter à une plus grande activité les tissus situés plus haut et il doit être continué très progressivement vers le bas, parce que la quantité d'exsudat

Fig. 1.



qui est poussée en avant, est naturellement beaucoup moindre que si on avait commencé à l'extrémité du membre. Il résulte encore de cela que l'on peut exercer plus de force, causer moins de douleur au malade, et déterminer une résorption plus rapide.

L'opérateur doit prendre bien soin de tenir son bras aussi parallèle que possible à la direction du bras du patient. La manipulation est ainsi plus facile à exécuter et est moins rude ; puisque la moindre tension dans les articulations du poignet en augmente au contraire la rudesse, détermine une pression plus considérable sur la partie traitée, et change ainsi la direction de la force.

La partie de la main avec laquelle on doit exécuter le massage dépend de la partie du corps que l'on traite et de

la nature de l'affection. Par exemple, autour de la cheville, ou dans le cas d'épaississement d'un tendon, on se sert de la première phalange du pouce et des doigts, mais en appuyant moins sur la pointe que cela n'est représenté en général dans les dessins.

Quant à moi, je ne commence jamais par l'effleurage, mais je le fais toujours précéder de quelque autre mouvement, par exemple du pétrissage. La plupart des opérateurs, au contraire, commencent d'ordinaire par cette forme d'application. Il y a même, je le sais, bien des gens qui, comme préparation, pendant quelques jours, limitent leur traitement à cette unique forme de mouvement et cela seulement autour de la partie malade, si elle est douloureuse, dans le cas de l'entorse par exemple. C'est-à-dire qu'on laisse l'exsudat au point où il se trouve et que l'on ne fait pas disparaître la douleur qu'il cause au début. Une pareille manière de procéder est simplement une perte de temps. J'ai appliqué le pétrissage et l'effleurage en même temps, dans les entorses récentes, les luxations, les fractures du péroné, du radius et autour du coude et je n'ai jamais eu la moindre raison de regretter cette manière de procéder.

Pratiquer l'effleurage dans les douleurs névralgiques est encore une erreur plus grande, car il existe contre ces douleurs des manipulations plus faciles et plus efficaces, ce sont les vibrations.

Toutes les fois que l'on applique l'effleurage dans une affection quelconque, où le plus léger mouvement détermine de la douleur, on doit fixer l'organe avec l'une des deux mains. En fait, je considère comme une règle invariable d'agir ainsi, même lorsqu'il n'existe aucune douleur. Je suis, de cette manière, mieux maître du membre et la manipulation est plus correcte.

J'ai vu des dessins montrant l'effleurage de la gorge.

On y trouve, à mon avis, une erreur commune, consistant à pencher la tête en arrière. Le mouvement doit, je pense, produire son effet par la pression centripète exercée sur la veine jugulaire interne. Mais, si nous considérons la disposition anatomique des parties, nous constaterons que les muscles sterno-cléïdo-mastoïdien et omo-hyoïdien croisent la veine et doivent, par conséquent, exercer leur pression, lorsque la tête est portée en arrière. Si une chose doit être évitée, ce sont évidemment les positions qui, par elles mêmes, gênent la circulation veineuse, bien plus encore, lorsque, comme dans le cas actuel, elles sont absolument inutiles, puisque la position complètement droite est la seule correcte.

Quand à la durée de l'effleurage, elle dépend de l'affection qui nécessite le traitement. Je suis absolument hors d'état de donner mon opinion sur la durée des séances de massage par effleurage, pour guérir la douleur seule, parce que j'emploie toujours les vibrations nerveuses. Dans d'autres circonstances, je préfère quelques frictions lentes, fortes et profondes, à n'importe quel nombre de frictions légères et profondes.

PÉTRISSAGE.

Le pétrissage est une manipulation dans laquelle on agit sur la peau, les tissus sous-cutanés et plus particulièrement sur les muscles.

On saisit, entre le pouce et les autres doigts, le muscle ou une partie du muscle, que l'on fait rouler lentement entre eux, exactement comme on fait rouler un crayon, la pression tantôt augmentant, tantôt diminuant; en prenant bien garde que les articulations du poignet et des doigts restent sans raideur. La raideur du poignet empêche le libre mouvement des doigts et exclut leur élasticité.

Il est important, dans toutes les formes du pétrissage, que la peau située sous les doigts se meuve en même temps qu'eux, s'il en est autrement, la manipulation est tant soit peu incertaine et moins efficace et il se produit de l'irritation et de l'hyperémie. Si nous traitons, par exemple, des cas tels que l'érysipèle et la congélation et si nous faisons mouvoir les doigts à la surface de la peau, la manipulation augmentera fortement le mal, tandis que, lorsqu'elle sera exécutée correctement, les malades guériront rapidement. Je fus appelé près d'une malade, une dame d'environ trente-huit ans, dont l'oreille gauche avait été prise par un érysipèle. Elle avait eu, les jours précédents, un peu de fièvre, et le mal avait éclaté dans la nuit qui précéda ma visite. L'oreille était très enflée, la peau était dure, tendue et infiltrée, sa coloration était d'un rouge intense, il existait de la douleur qui augmentait au toucher. Le gonflement et la douleur descendaient vers la gorge, sur une longueur d'environ six centimètres et se prolongeaient en avant, au-dessus de la

région parotidienne de la face; les ganglions lymphatiques du côté gauche de la face étaient tuméfiés, on constatait également de la fièvre et le mal de tête.

Localement, je fis surtout du pétrissage, en même temps que le traitement général de la tête et du corps. Au bout de deux jours, l'oreille avait sa couleur et ses proportions normales, la peau se desquamait et le gonflement de la tête et du cou avait disparu. Quelques jours après, la malade éprouvait une sensation de picotement et une légère chaleur, lorsqu'elle se lavait la figure et l'oreille.

L'opérateur peut facilement se rendre compte s'il a enfreint la règle de ne pas masser avec le poignet et les doigts raides, si la peau a rougi plus fortement que cela ne se produit par suite de la pression ordinaire; la rougeur, dans ce dernier cas, est moins intense et disparaît plus rapidement. Il semble à peine nécessaire de dire que la force de la pression doit augmenter progressivement, mais, comme j'ai souvent constaté des erreurs de ce genre, je crois devoir le faire.

Le pétrissage des muscles peut être exécuté avec une seule main ou avec les deux, ainsi qu'on le voit dans les fig. 2 et 3.

La manipulation avec une seule main n'exige pas d'autres explications, mais avec les deux mains elle est un peu plus compliquée. On roule le muscle, comme nous l'avons déjà décrit, mais on le tend simultanément par le mouvement en arrière des doigts d'une main, pendant que le pouce de l'autre passe en avant. Dans la fig. 3, nous voyons aussi, qu'à la fin du mouvement, les doigts de la main qui se déplacent en avant et le pouce de l'autre main, sont seulement en contact léger avec la peau et n'exercent aucune pression. S'ils en exerçaient une, nous aurions une pression constante, moins de tension du muscle, et le courant des liquides dans le muscle serait inter-

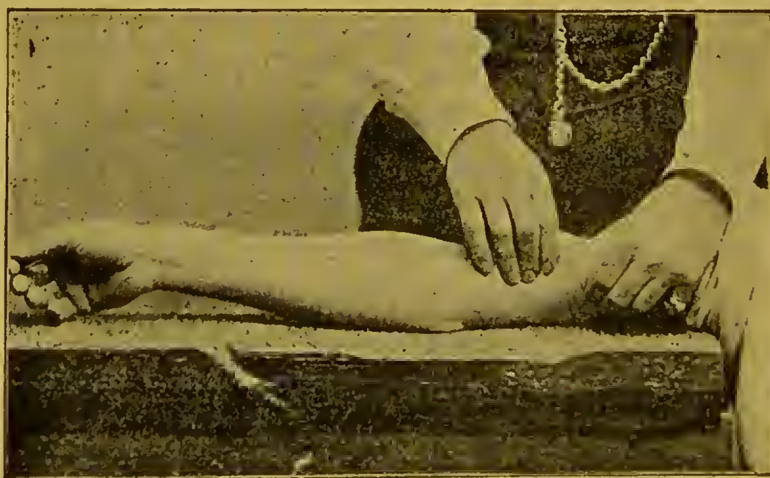
rompu ; et de plus, la peau subirait un effort très désagréable pour le malade. On doit bien prendre garde de ne

Fig. 2.



pas employer l'extrémité [des doigts, mais au moins la dernière phalange dans son ensemble, ainsi que la partie

Fig. 3.



antérieure de la seconde. Une des erreurs les plus communes que j'ai observées, c'est l'emploi des extrémités des

doigts et du pouce. On ne peut masser avec les extrémités des doigts, sans que ces organes soient fortement tendus, et par suite, ils deviennent raides, ainsi que le poignet. On perd la douceur du mouvement ; le malade, à cause de la douleur qu'il ressent, tend et contracte ses muscles (dans le rhumatisme, et même s'il n'existe aucune affection aiguë) et le massage devient uniquement superficiel.

En exécutant le pétrissage d'un muscle, nous devons toujours commencer par son extrémité proximale et descendre graduellement. Ici, comme dans l'effleurage, nous devons faire attention à ce que chaque mouvement de pétrissage remonte vers le haut; on arrive facilement à ce résultat par une légère torsion de la main.

Lorsque je traite par le pétrissage des exsudats provenant d'entorses, de luxations et de fractures, j'opère avec

Fig. 4.



le pouce entier jusqu'à l'éminence thenar. Je pars d'un niveau situé au-dessus de l'exsudat.

Pour obtenir une étendue plus considérable et plus libre du mouvement, on place le pouce un peu au-dessus du point qui doit être soumis à la manipulation et

on l'abaisse sur cette région particulière qui doit être traitée. Si l'on ne prend pas cette précaution, la peau sera facilement tendue et irritée, par le mouvement de progression du pouce trop rigide, le mouvement pénètre moins et perd ainsi beaucoup de son action. Le pouce décrit un demi-cercle, avec augmentation progressive de la pression, tant qu'il se déplace dans la direction centripète, alors on diminue la pression, le pouce est légèrement ramené au point de départ, et on recommence la même opération. Le mouvement doit être exécuté lentement et méthodiquement.

Dans la région fessière, la vibration est exécutée avec la main légèrement fermée qui doit être dirigée vers le sacrum. Le patient pourra alors supporter beaucoup mieux la manipulation et permettra de la faire pénétrer plus profondément.

Le patient sera toujours placé dans une position telle que les muscles qui devront être massés seront toujours en relâchement. Ainsi, dans le pétrissage de la région fessière, il doit être couché à plat ventre, la jambe du côté malade croisée sur l'autre. Il ne doit pas se tenir debout, penché en avant, position parfois représentée dans les figures, parce que ses muscles sont alors plus ou moins tendus passivement, et empêchent l'application convenable du traitement.

Dans les cas de fracture incomplète, ou lorsque l'exsudation est trop forte, le pétrissage doux, exécuté avec la première phalange du pouce permet de pénétrer jusqu'au siège du mal, et aide ainsi à poser un diagnostic exact.

Lorsque je traite des exsudats interstitiels par le pétrissage, ou bien je passe sur toute la région à deux ou trois reprises, et je fais ensuite quelques passes d'effleurage profond, ou bien je fais chaque fois une simple passe, avant de commencer à appliquer le pétrissage.

La longueur des séances d'application du pétrissage devra nécessairement varier avec le cas que nous traitons; elles doivent être assez longues pour les exsudats et les

Fig. 5.



affections plus graves, tandis que quelques minutes seulement sont nécessaires pour exciter simplement les muscles.

Pétrissage général de l'abdomen.

La position la plus favorable pour l'application du pétrissage général ou partiel de l'abdomen est le décubitus dorsal, fig. 6. Le but que l'on se propose en donnant cette position est de relâcher les muscles abdominaux. Les mains sont croisées derrière le cou, afin de rendre la respiration plus libre. On ne permet pas au patient de relever la tête, parcequ'alors les muscles abdominaux se contractent immédiatement, comme chacun peut s'en rendre compte sur soi-même en se couchant et en redressant la tête. Ce résultat est très naturel. Les muscles qui redres-

sent la tête ont leur point d'insertion fixe au thorax et pour que cet organe puisse servir de point d'appui pour le levier, il doit être lui-même fixé par les muscles abdominaux.

Dans le pétrissage général de l'abdomen, la surface palmaire de la main, tout entière, est en contact avec la paroi

Fig. 6.



abdominale. La main est étendue sur cette paroi. Les doigts reposant sur le côté gauche, dans l'intervalle qui sépare les côtes inférieures de la crête iliaque, mais un peu plus rapprochées de la première, tandis que le pouce occupe la même position du côté droit, et la base de la main est située un peu au-dessus de l'arcade pubienne ; sa portion la plus forte, étant située près de la fosse iliaque droite.

Comme cette manipulation pas plus que les autres qui s'adressent à l'abdomen, n'est jamais appliquée sur le corps nu, il est de la plus haute importance que la portion de la paroi abdominale qui, est située au-dessous de la main, la suive dans ces mouvements, autrement il se produirait de l'irritation de la peau : afin d'éviter la possi-

bilité de cet inconvénient, le vêtement appliqué sur la peau ne doit pas être de laine mais de soie ou de toile fine.

De plus, il est clair que si la main se déplace à la surface de l'abdomen, on ne produira sur les intestins qu'une action nulle ou seulement très légère. Il est de la plus grande importance que la main agisse avec fermeté et cependant avec douceur, qu'il n'existe aucune raideur dans aucune jointure, et que l'avant-bras soit tenu aussi parallèle que possible au corps du patient.

Le mouvement lui-même a un caractère circulaire, et part généralement d'en bas, avec le bas de la main qui,

FIG. 7.



le poignet étant en légère extension (flexion dorsale), passe doucement en augmentant graduellement la pression, vers la droite, dans la fosse iliaque et de là vers le haut, dans la direction du colon ascendant. Il est naturel que le pouce remonte plus haut et vienne se placer juste au-dessous des côtes, au-dessus de la courbure du foie. La main alors se déplace, toujours en contact avec la paroi abdominale, et continuant son mouvement légèrement circu-

laire vers la gauche, le pouce et la région thenar de la main ayant recommencé à agir. Il ne suffit pas de déplacer la main, elle doit aussi être en même temps portée en légère pronation et le pouce doit être également un peu ramené vers les doigts. Les doigts, au moment où la main passe à gauche, arrivent sur l'inflexion splénique de l'intestin et à leur tour, deviennent les agents principaux. Ils se déplacent vers le bas, et au fur et à mesure, leur tension au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, mais non des articulations phalangiènnes, augmente, en même temps que se produit un léger mouvement de flexion au niveau du poignet. La main, descendant et arrivant progressivement au voisinage de l'os iliaque, revient légèrement en supination et lorsque le poignet est au voisinage de l'arcade pubienne, la base de la main recommence à agir.

Ces manipulations, quoiques exécutées séparément, ne se suivent pas à proprement parler, mais l'une commence un peu avant que l'autre ne soit terminée et on fait le pétrissage en opérant de cette façon ; s'il n'en était pas ainsi, on ne ferait, naturellement, qu'appliquer des pressions dans différents sens.

Nous voyons que tout l'intestin se trouve roulé et pétri par la large extension de ce mouvement, que l'activité circulatoire est augmentée, ce qui implique une augmentation de la sécrétion et de l'absorption, ainsi que l'augmentation des mouvements péristaltiques de l'intestin. Nous comprenons ainsi, facilement, que cette manipulation exerce une grande influence sur la circulation en général, en raison du grand nombre de vaisseaux sanguins qui sont contenus dans l'abdomen.

J'ai décrit ce pétrissage général de l'estomac, tel qu'il est exécuté par mon frère, Henri Kellgren. Il l'applique presque toujours pendant quelques minutes, comme der-

nière manipulation d'un traitement quotidien, car il a observé qu'il augmente beaucoup la rapidité de la guérison. Cette manipulation est très difficile; et, en réalité, il est presque impossible de la bien décrire; et de même, il est très difficile, pour ainsi dire impossible, d'appliquer ce traitement, si l'on n'a reçu de la nature une main spéciale, et il est nécessaire de l'avoir vu appliquer, et surtout de l'avoir ressenti.

Il est fatiguant au commencement. pour les débutants, ou lorsqu'on l'applique souvent, et on ressent surtout la fatigue dans les petits muscles du pouce. On pourra cependant diminuer beaucoup cette fatigue en plaçant les doigts de la main gauche sur le pouce, de façon que l'extrémité du médius repose sur l'articulation phalangienne, et celles de l'index et de l'annulaire, respectivement sur la première et la seconde phalange.

Presque tous les organes de la cavité abdominale peuvent être traités séparément. Je décrirai seulement le pétrissage spécial du colon et du rectum, des reins et de la région située au dessus de l'arcade pubienne.

Pétrissage du colon et du rectum.

Nous devons particulièrement porter notre attention sur quatre points : le cœcum, l'inflexion hépatique, l'inflexion sigmoïde et l'inflexion splénique du colon.

Nous commençons le mouvement, aussi profondément que possible, dans le pelvis, du côté gauche. Chaque pétrissage, en particulier, va toujours de haut en bas, dans la direction de l'intestin. Tant que nous opérons sur le côté gauche, c'est-à-dire sur la première partie du rectum, la courbure sigmoïde et le colon descendant (fig. 8), nous nous servons des doigts, qui ne doivent être fléchis qu'au niveau de leur articulation métacarpienne, car si on

fléchit les articulations phalangiennes, l'application devient rude et douloureuse, ne peut pénétrer assez profondément et perd son caractère de pétrissage. Lorsque nous avons atteint la partie transversale du colon, le pouce accomplit la plus grande partie du travail, jusqu'à ce que

Fig. 8.



le mouvement s'arrête sur le colon, en pénétrant profondément dans la fosse iliaque droite.

Ce mouvement est surtout appliqué contre l'obstruction de l'intestin, ainsi que contre les affections chroniques de cet organe.

Dans les obstructions intestinales, on applique conjointement les mouvements suivants : le shaking du foie, afin d'augmenter la sécrétion de la bile ; le pétrissage et le shaking de l'intestin en général, avec friction sur les plexus nerveux solaire et hypogastrique, afin de déterminer des mouvements peristaltiques plus énergiques et une sécrétion plus active de l'intestin ; les mouvements actifs, qui agissent puissamment sur la musculature de l'abdomen.

Je citerai l'exemple d'un cas de constipation observé sur l'enfant d'un de mes amis, âgé de trois à quatre

semaines, que j'ai eu l'occasion de traiter en Suède. On avait essayé depuis deux jours des applications médicales, lorsque j'insinuai que l'enfant ne reviendrait à la santé que l'orsque je lui aurais appliqué le pétrissage de l'abdomen. Mon ami me jeta un coup d'œil signifiant clairement qu'il était peu disposé à me permettre rien de ce genre. Comme l'état de l'enfant ne s'était pas amélioré, le troisième soir, et que toutes les ressources médicales dont mon ami disposait, jusqu'aux suppositoires de savon, étaient épuisées, son aversion contre ma proposition disparut, et il me demanda même de faire le possible. Je fis simplement un léger pétrissage du colon descendant, pendant une minute environ, sans que l'enfant poussat le moindre cri; mais je suis certain que cela ne se fût pas passé ainsi, si j'avais tendu les doigts et si j'avais exécuté la manipulation avec leurs extrémités. L'évacuation se produisit très convenablement pendant la nuit, et aucune autre application ne fut plus nécessaire.

On se sert souvent de la main gauche pour soutenir la droite; on place alors les extrémités des doigts de la main gauche sur la dernière articulation phalangienne, et sa surface palmaire sur le dos de la main droite.

Pétrissage des reins.

Nous les traitons généralement tous les deux en même temps. La paroi abdominale doit être très relâchée, car nous devons enfoncer notre main très profondément avant que la manipulation ne commence.

On replie les genoux, un peu plus que dans la fig. 6. On applique les pouces sur la paroi abdominale, et on les y fixe solidement sur des points correspondant aux reins, juste au dessous des côtes, et on dit au patient de respirer

très profondément. Pendant qu'il exécute de vigoureuses respirations, nous pénétrons progressivement, jusqu'à ce qu'enfin nous sentions facilement les reins. Le patient doit alors respirer par le thorax, de façon que la manipulation ne soit pas gênée par les mouvements des muscles abdo-

Fig. 9.



minaux. On exécute le pétrissage de dehors en dedans, et légèrement de haut en bas, afin que la pression puisse être appliquée dans la direction de la circulation veineuse et sur le plus grand nombre possible de canaux rénaux. On peut traiter un rein séparément. Nous employons alors la surface palmaire des doigts, et, pendant que nous appliquons le traitement, nous restons debout ou assis du côté qui n'est pas traité.

Pétrissage au-dessus des arcades pubiennes.

Dans le pétrissage au dessus des arcades pubiennes, on place la main juste au dessus de ces arcades, et on l'ouvre de la même manière que pour le pétrissage général de l'abdomen. Le mouvement, dans ce cas, va d'un côté à

l'autre, et le pétrissage est exécuté avec les doigts et la racine de la main. Le pétrissage peut être utilisé dans les maladies chroniques de l'abdomen chez la femme, dans le catarrhe de la vessie, etc.

TAPOTEMENT.

Tapotement signifie sciage et hachage.

Les muscles qui entrent surtout en action, sont, tantôt les fléchisseurs et les extenseurs de la main (muscles palmaires et dorsaux), tantôt les fléchisseurs radiaux et cubitaux. On doit garder les articulations du bras, de la main et des doigts tout à fait libres, quelle que soit la forme de tapotement que l'on applique. On rend ainsi la manipulation moins rude et plus élastique; la main est plus lourde, et l'effet du choc pénètre ainsi plus profondément.

La position de la main et la partie de cet organe qui

Fig. 10.



viendra en contact avec le corps, devra varier avec les régions que l'on traite.

Les positions dans lesquelles on placera les patients,

pour obtenir l'application la plus avantageuse de la manipulation, sont, d'ordinaire, les suivantes :

Tapotement du dos. — Le patient peut reposer dans le décubitus ventral, comme dans la fig. 10, lorsqu'on fait précéder la manipulation de frictions sur les nerfs sensitifs, ou bien il se tient debout, légèrement penché en avant, les mains fixées, c'est-à-dire appuyées contre un mur. Dans les deux positions, il est nécessaire de veiller à ce que la poitrine ne soit pas comprimée par le rapprochement trop considérable des deux bras. Ils doivent être toujours séparés, au moins par le diamètre transversal du thorax.

Du foie. — Le patient, ou bien tient ses mains croisées derrière son cou, comme dans la fig. 11, ou bien le bras droit tendu, comme dans la fig. 28.

Fig. 11.



De la région lombaire. — Les positions sont les mêmes que pour le dos; nous pouvons aussi appliquer le tapotement pendant que le patient, les bras relevés, se penche en avant ou latéralement.

Des régions sacrée, fessière et perinéale. — Le patient prend la position de la fig. 12, ou bien on applique le hachage en même temps que le mouvement actif représenté dans la fig. 57.

On appliquera le tapotement sur les différentes parties du corps, de la façon suivante :

Sur la tête. — On applique le tapotement avec le côté ulnaire des doigts, ou avec leurs extrémités; mais cette

Fig. 12.

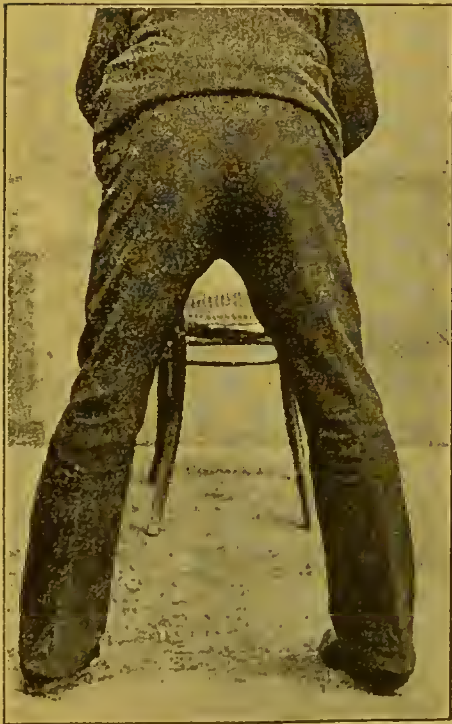


Fig. 13.



manipulation n'est pas du tout nécessaire, et on doit la remplacer par des vibrations nerveuses et des frictions.

Sur la poitrine. — On se sert de la paume de la main (fig. 13).

Nous voyons que la main droite, en train de produire le choc, n'est nullement rigide. Elle est seulement redressée, au dernier moment, en partie par l'action légère des muscles extenseurs, en partie par l'impulsion du coup. La différence entre le coup appliqué par une main dont les doigts sont droits et le poignet rigide et une main tenue comme je viens de le décrire, est très grande. Dans le premier cas, le poids de la main tombant sur la poitrine est diminué et l'effet est plutôt externe qu'interne, dans des cas où on désire plutôt faire vibrer l'air contenu dans les poumons et les poumons eux-mêmes et par là stimuler ces organes.

L'opérateur se tient debout en face du patient et passe les bras autour de sa poitrine, jusqu'à ce que les mains soient bien arrivées entre ses deux omoplates. On commence alors le hachage en montant et descendant entre les deux omoplates, puis on traite les parties latérales du thorax et enfin la face antérieure de la poitrine. Le patient fait pendant tout ce temps de lentes et profondes inspirations.

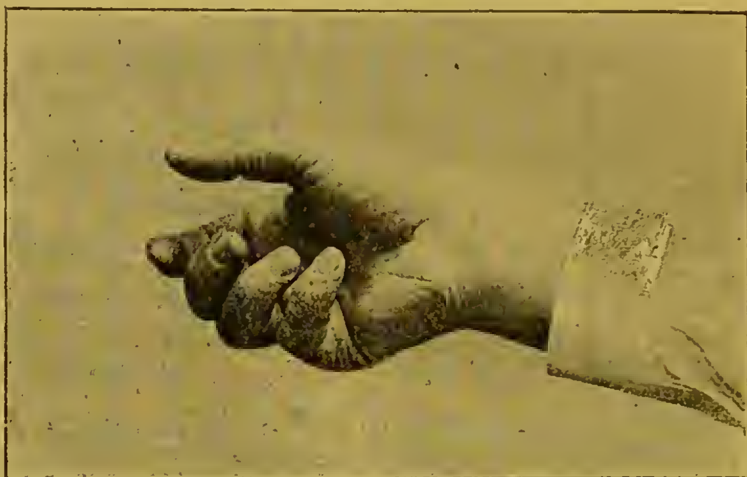
On applique le tapotement de la poitrine dans les affections chroniques du poumon, et il est accompagné des mouvements que produit la respiration profonde.

Sur le dos. — Les mains doivent être tenues dans la position intermédiaire entre la supination et la pronation, les doigts légèrement tendus (fig. 14).

Juste au moment où la main frappe le dos, on augmente la supination, afin que l'extrémité ulnaire elle-même ne puisse pas venir en contact, mais que ce soit cette partie de la surface dorsale de la main, qui se trouve juste en dehors d'elle. En agissant de cette manière, on a

plusieurs avantages: le coup est plus doux, les doigts sont plus tendus et les tissus superficiels et profonds sont ainsi stimulés en même temps.

Fig. 14.



La manipulation doit être appliquée trois ou quatre fois en haut et en bas du dos, parallèlement et un peu latéralement par rapport à la colonne vertébrale.

Sur la région lombaire. — Nous passons transversalement sur cette région, afin de pouvoir appliquer le traitement avec plus d'énergie, car la masse musculaire est plus puissante.

Sur le foie. — On applique le hachage sur le côté droit du thorax, en tenant la main de la même façon que pour le dos.

Sur des régions sacrée, fessière et périnéale. — Nous tenons la main légèrement fermée. Le coup, dans les deux premiers cas, est appliqué avec la partie antérieure de la main fermée (fig. 15), dans le dernier avec le côté radial (fig. 16), parce que, autrement, la main ne peut pas pénétrer facilement dans l'espace périnéal.

On pratique le tapotement de cette région dans la cons-

tipation, les affections de la vessie, des organes génitaux des deux sexes, en même temps que les autres traitements.

Sur les membres. — On tiendra les mains de la même

Fig. 15.



manière que pour le dos ou bien on fera l'application simultanément, avec les faces radiales des deux mains. Les

Fig. 16.



doigts ne doivent pas être tendus, mais fléchis, sans raideur, comme dans la fig. 17.

Toutes les fois que l'on applique le tapotement, les coups doivent se suivre rapidement afin d'augmenter l'intensité de la manipulation.

Le tapotement met les fibres musculaires en vibration,

Fig. 17.



les excite à se contracter, l'activité des vaisseaux superficiels et profonds est augmentée et, comme je l'ai déjà dit, les vibrations, lorsqu'on les applique au dos et au thorax, se propagent jusqu'aux parties internes. La durée de la manipulation, quel que soit le point où elle est appliquée, est nécessairement très courte.

MASSAGE PAR FRICTIONS.

Pour moi, je ne vois pas l'utilité de cette expression, car le mouvement est certainement une sorte de pétrissage, et n'est ainsi qu'une modification du pétrissage.

Le mouvement est le même que celui du pétrissage, avec le pouce seul, ou bien avec un ou plusieurs doigts ; mais on leur fait faire un grand angle, généralement un angle droit, avec la partie que l'on masse (fig. 18). Le

Fig. 18.



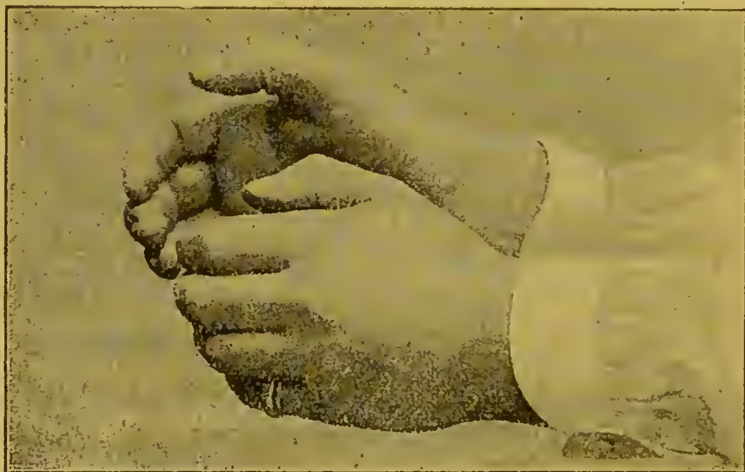
mouvement circulaire ou elliptique est plus petit, car nous cherchons simplement à réduire mécaniquement des épaississements et des dépôts. On fait ensuite de l'effleurage, ou bien on l'applique alternativement avec la friction.

On a surtout recours au massage par friction contre les exsudats organisés ou les dépôts durs, que nous trouvons autour des jointures, telles que la cheville, le poignet, le genou, et contre les épaississements des tendons.

ROTATION GÉNÉRALE ET SECOUSSES DES MUSCLES DES MEMBRES.

On peut aisément appliquer simultanément la rotation et le shaking sur les membres. Les muscles doivent être complètement relâchés. Prenez, par exemple, le bras. Le patient le tient dans une position horizontale, en appuyant la main sur une table ou sur le dos d'une chaise. Les deux

Fig. 19.



mains de l'opérateur sont appliquées légèrement sur le bras et font rapidement le tour du bras, en passant deux ou trois fois au-dessus et au-dessous de lui (fig. 19).

Cette manipulation produit un effet très stimulant et très agréable sur le malade.

On doit l'appliquer après le pétrissage, mais on peut aussi l'exécuter seule, dans les cas où il n'y pas lieu de traiter plus spécialement tel ou tel muscle.

SHAKING, SECOUSSES.

La partie de la main qui, pendant les manipulations du shaking, entre en contact avec le corps du patient, est la phalange distale d'un ou de plusieurs doigts ; et ce ou ces doigts doivent être appliqués délicatement et non par leurs extrémités.

Le mouvement part de l'articulation du coude de l'opérateur, où se produisent de légères flexions et extensions. Entre cette articulation, et les dernières phalanges des doigts, les os de l'avant-bras, du poignet et des mains, avec leurs articulations intermédiaires, agissent, pour ainsi dire, comme les anneaux d'une chaîne à travers laquelle un mouvement ondulatoire est envoyé et se propage jusqu'à la partie massée.

Le mouvement de la main est très rapide. Les articulations ne doivent pas être raides, mais juste assez tendues pour que l'élasticité puisse s'exercer et ne soit pas gênée. Si ces indications ne sont pas remplies, la manipulation devient rude et pénible pour le patient. Il tend ses muscles, en raison de la douleur et de la gêne qu'on lui cause et le massage, ou bien sera suivi de conséquences fâcheuses, ou bien restera sans aucun effet.

Cette forme de massage provoque et active la résorption ; elle stimule et fortifie, elle diminue la douleur en réduisant la congestion et l'inflammation, et augmente la sécrétion des glandes.

La durée des applications doit rester comprise dans les limites de quelques minutes et dépend des désordres et de l'effet produit.

Les figures qui accompagnent les divers mouvements, feront plus facilement comprendre comment les doigts

seront appliqués et comment ils agissent sur les diverses parties du corps.

Shaking du pharynx.

Il y a trois manipulations différentes pour le pharynx, et je les ai déjà décrites ailleurs (1).

1°. On applique les doigts de l'une des deux mains, la surface palmaire étant tournée vers le haut, aussi en

Fig. 20.



arrière que possible, deux de chaque côté de la base de la langue. On exécute alors un rapide mouvement de shaking dirigé vers le haut et un peu en avant (fig. 20).

Si, pendant que nous exécutons le shaking, nous faisons mouvoir nos doigts dans la direction antérieure, il est évident que la langue, les glandes submaxillaires et sublinguales le ressentiront davantage.

(1) *Medical Press and Circular*, 25 juillet 1888.

2°. On saisit la racine de la langue entre le pouce et les doigts et on lui imprime des secousses dans le sens transversal (fig. 21).

Fig. 21.



3°. On place les extrémités des doigts derrière la branche ascendante de la mâchoire inférieure (fig. 22 et 23).

Dans ce cas, le mouvement est dirigé en dedans, en avant et en bas. On peut traiter les deux côtés l'un après l'autre, ou simultanément, et l'opérateur peut se tenir debout, en face de son malade, ou derrière lui. On doit enfoncer profondément les doigts avant de commencer la manipulation. Plus grande sera la distance que devra parcourir le mouvement pour arriver jusqu'au siège de la douleur, moindre sera l'effet.

On doit courber légèrement la tête en avant, afin de relâcher les aponévroses et les muscles cervicaux, qui, autrement, constitueraient un obstacle considérable. Pour assurer cette position, on placera la main libre, soit au dessus du front, ou, mieux encore, sous l'occiput.

Fig. 22.



Les deux premiers mouvements ont en eux-mêmes une tendance à abaisser la tête, et cette tendance est exagérée

Fig. 23.



par le patient lui-même, qui fuit instinctivement la main qui le masse, et qui s'y trouve d'autant plus disposé que la douleur dont il souffre est plus aiguë et plus vive.

Lorsqu'on applique la troisième manipulation avec une seule main, on doit d'abord faire tourner un peu la tête du côté opposé; après cela, on l'incline du côté qui doit

Fig. 24.



être traité. L'espace sur lequel on peut masser, devient ainsi plus large et plus libre.

La totalité du pharynx est plus ou moins intéressée par ces manipulations qui, si elles sont correctement exécutées, produisent très rapidement une action favorable sur presque toutes les affections de la gorge.

Shaking du larynx et de la partie supérieure de la trachée.

On applique les extrémités des doigts sur l'un des côtés du cartilage thyroïde, et le pouce sur l'autre côté (fig. 24).

Les secousses ont une direction transversale. Ce mouvement a peu d'action sur le larynx lui-même, qui se déplace dans son ensemble, mais il agit plus particulièrement sur

FIG. 25.



la partie de la trachée située au dessous, car le mouvement ondulatoire se dirige vers le bas. Il est donc applicable dans le croup et les affections de la partie supérieure de la trachée.

Si, la main conservant la même position, nous l'abaissons et exécutons un mouvement latéral semblable, nous agirons plus directement sur la trachée elle-même, et plus nous nous rapprocherons du sternum, plus ce mouvement se propagera profondément dans la poitrine.

Au lieu de saisir la trachée, nous pouvons appliquer sur cet organe deux ou plusieurs doigts *dans le creux du*

sternum, de la façon indiquée fig. 25. Dans cette manipulation, il est de la plus grande importance que la main repose exactement sur la gorge, afin que l'angle formé par les doigts et la trachée soit aussi petit que possible. Lorsque l'angle augmente, le mouvement perd de sa douceur; il devient désagréable pour le malade; naturellement, le mouvement produit suit moins la direction de la trachée, et ainsi le coefficient de son effet utile est de plus en plus limité, jusqu'à ce que, lorsque l'angle est grand, l'effet produit demeure pratiquement nul.

Le corps du malade doit être tout à fait droit. Les épaules doivent être effacées, afin que la respiration puisse s'effectuer librement et convenablement.

Ces secousses, accompagnées de tapotement exécuté sur la poitrine et entre les omoplates, rendent de très grands services dans la bronchite et dans les affections chroniques des poumons.

Shaking de la partie inférieure du thorax.

Le malade se tient debout, avec les mains croisées derrière le cou, comme dans la fig. 26.

L'opérateur applique chacune de ses deux mains sur chacun des côtés de la région inférieure du thorax. Il exécute, avec la paume de ses mains, des mouvements alternatifs, doux et rapides, de compression et de relâchement. Pendant le relâchement, les mains ne doivent pas abandonner le thorax, mais doivent rester en contact intime avec lui. Le malade doit respirer plus profondément. Les côtes étant élastiques, se détendent lorsque la pression cesse, et la respiration devient plus libre et plus profonde. De plus, ce mouvement exerce une influence sur les adhérences pleurales de la partie inférieure du thorax; en effet, il les détruit, et les organes de la partie

supérieure de la cavité abdominale, au dessous de la voûte du diaphragme, ressentent aussi son action.

Ce mouvement est d'ordinaire appliqué après le tapotement de la poitrine.

Fig. 26.



Shaking du creux de l'estomac.

Le patient, ou bien se tient debout (fig. 27), ou bien est placé dans le decubitus dorsal, comme dans la fig. 6, et tient, dans les deux cas, ses mains croisées derrière son cou. On place les doigts à égale distance du cartilage ensiforme du sternum et de l'ombilic. Nous voyons, d'après la position des doigts, qu'au dessus d'eux se trouve la partie pylorique de l'estomac et le lobe gauche du foie, et qu'ils sont placés exactement en face du plexus solaire. Le

mouvement doit être dirigé en arrière et légèrement en haut. Comme l'estomac et l'organe qui lui fait suite, le duodemum, renferment dans leurs parois des muscles lisses qui réagissent plus facilement vis-à-vis des stimu-

Fig. 27.



lants, en raison de leur tendance à la contraction automatique, et comme le plexus solaire a sous sa dépendance la circulation dans l'abdomen, il est facile de concevoir que cette manipulation peut, en réalité, produire un grand effet. On l'emploie donc dans les affections chroniques de l'estomac et du foie.

Les secousses exécutées en ce point, lorsqu'elles sont appliquées avec douceur, arrêteront les spasmes du diaphragme. Je les ai employées avec succès dans ce cas,

aussi bien lorsqu'ils étaient le résultat d'un réflexe, que dans le hoquet et la narcose chloroformique.

L'estomac et le foie peuvent être traités *séparément*, et, continuant notre shaking, nous suivons le bord inférieur du thorax, nous dirigeant soit vers la gauche, soit vers la droite. Sur notre chemin, nous rencontrons, vers la droite,

Fig. 28.



un point qui exige une attention spéciale; il est situé juste au dessous du neuvième cartilage costal et au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen, où se trouve la vésicule biliaire. Dans les cas où des calculs biliaires sont engagés dans le conduit, on obtiendra une guérison certaine par le shaking. On appliquera les secousses du foie, dans les maladies de l'estomac, du foie et des intestins.

Dans le décubitus dorsal, il est généralement appliqué en même temps que le pétrissage général de l'abdomen. Lorsque l'on administre le shaking séparément pour le foie, on doit préférer l'attitude verticale, le malade présentant le flanc (fig. 28), et l'on peut également traiter l'estomac, le malade étant dans la même position, mais levant son bras *gauche*.

Dans les affections du foie, nous pouvons opérer, le corps étant dans cette position, avec la main gauche entre la partie inférieure de l'omoplate du côté droit et la colonne vertébrale, où nous sommes certains de trouver des régions sensibles.

D'ordinaire, nous faisons en même temps que le shaking du foie, le tapotement du côté droit du thorax.

Il est évident que lorsque nous suivons le bord inférieur du thorax en allant vers la gauche, et appliquons le shaking, nous devons aussi agir sur l'hypochondre. J'ai vu cette méthode de traitement produire une notable amélioration, chez des malades atteints d'hypochondrie, consécutive à la malaria.

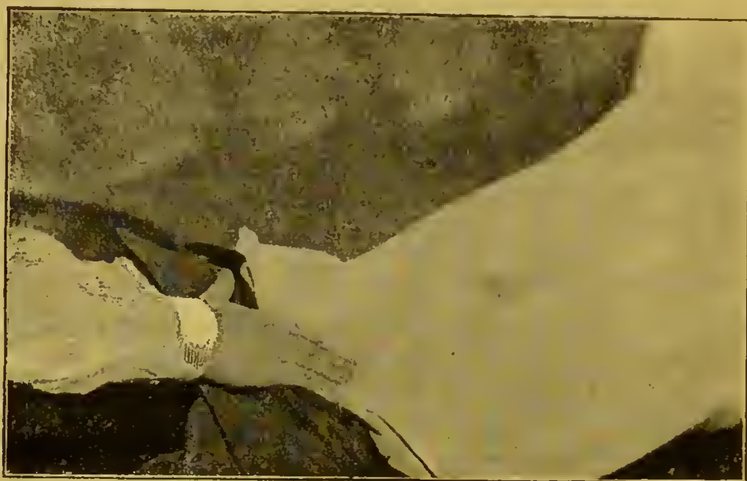
Si on étend la main sur la surface de l'abdomen, et si l'on fait de vigoureux mouvements de shaking, l'intestin tout entier est stimulé, son activité devient plus grande, le mouvement péristaltique augmente, et la sécrétion des glandes est plus active. Ces mouvements sont donc indiqués contre la paresse de l'intestin.

Shaking de la vessie.

Nous avons trois positions pour le shaking de la vessie. Dans deux, le décubitus et la position verticale, la manipulation est appliquée *au dessus de l'arcade pubienne* (fig. 29 et 30), et dans la seconde, le patient se penche légèrement en avant, afin de relâcher les muscles abdomi-

naux. Dans la troisième, il est couché *en pronation*, les jambes un peu écartées et les pointes des pieds tournées en dedans, afin de laisser plus de place.

Fig. 29.



Lorsque l'on agit sur la vessie par le haut, on applique les doigts à deux ou trois centimètres au dessus de l'arcade pubienne, et le shaking se fait de haut en bas et en arrière. Au niveau du périnée, les doigts sont placés juste en face de l'orifice anal, et le mouvement est appliqué vers le bas et l'avant.

Par cette manipulation, nous agissons sur la vessie et la prostate, et si nous changeons la direction de bas en haut, le patient étant en pronation, nous agissons sur la partie inférieure du rectum.

Dans cette même position, on pourra, chez la femme, traiter et guérir le déplacement en arrière (rétroversion de l'utérus).

Dans tous les cas, cette manipulation doit être suivie de la vibration plus légère que nous décrivons plus loin, et des frictions nerveuses sur les régions sacrée, fessière et

lombaire; elle doit être précédée du tapotement sur ces mêmes régions.

Shaking général de l'abdomen.

On pourra appliquer le shaking général de l'abdomen : *a*) dans le decubitus dorsal (fig. 6) ; ou bien, *b*) dans la

Fig. 30.



position droite, le tronc étant légèrement courbé en avant, afin de relâcher les muscles abdominaux (fig. 30).

On appliquera la manipulation de deux manières : soit (et alors le patient étant placé dans le décubitus dorsal) avec la main étalée sur l'abdomen, toute la surface palmaire en contact avec la paroi abdominale, et le mouvement étant dirigé d'un côté à l'autre : ou bien on

emploiera seulement les dernières phalanges des doigts, en se servant de la main à peu près comme pour le shaking du foie et de la vessie, le patient étant debout ou couché.

Lorsque j'applique ce shaking de cette manière, je commence toujours par les parties inférieures du pelvis du côté gauche et suivant la ligne du colon, je finis sur le cœcum. Après avoir répété cette manœuvre trois ou quatre fois, je passe sur toute la surface de l'abdomen dans diverses directions, afin d'agir également sur l'intestin grêle. Je me tiens debout ou assis du côté droit du patient.

Le shaking général de l'abdomen est beaucoup plus efficace, quand il est exécuté avec les extrémités des doigts qu'avec toute la surface de la main.

Le mouvement accélère le peristaltisme et la circulation des intestins et, par suite, la sécrétion des glandes intestinales. Ce mouvement est donc indiqué de préférence dans la constipation.

VIBRATIONS.

Les vibrations ne sont, en réalité, que de fins mouvements de shaking. Dans cette forme de massage, on emploie tout ou partie de la main ou des doigts. Nous comprendrons facilement son mécanisme en examinant la figure qui représente la vibration du thorax (fig. 33).

Ici, comme dans le shaking, il y a flexion et extension du coude, mais ces mouvements sont beaucoup moins étendus. Les mouvements qui se produisent dans l'articulation du poignet, dépourvue de raideur, sont l'abduction et l'adduction (c'est-à-dire la flexion radiale et cubitale de la main qui repose immobile) ; et, dans ce cas, il n'y a que cette partie du corps sur laquelle la main est appliquée, qui subit l'action du traitement.

Les vibrations sont produites par la succession rapide de contractions des muscles actifs. Si l'on exécute des mouvements d'extension et de flexion, il se produit de la pression. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les conséquences fâcheuses que peut avoir la pression dans différentes régions, par exemple sur un cœur faible.

Comme les vibrations sont si fréquemment employées pour guérir la douleur, la grande importance qu'il y a, à ne pas masser avec le bras ou le poignet raides, est évidente. En effet, on perd tout l'avantage de la manipulation, si l'on tombe dans ce défaut. D'autre part, si les vibrations sont bien exécutées, elles soulagent, d'ordinaire, la douleur, quelle qu'en soit la cause.

La contraction des muscles du masseur doit être assez légère pour être à peine perçue, lorsque l'on applique la main sur eux.

Dans aucun cas, les vibrations ne doivent être produites

par une forte contraction continue des muscles de l'épaule, du bras et de la main. Lorsqu'elle est ainsi appliquée, la manipulation devient pénible, et l'opérateur perd la sensation délicate et précise de la pression qu'il exerce. De plus, il est impossible de continuer le traitement pendant quelque temps, même pendant quelques minutes. L'effet sur un cœur faible est aussi fâcheux que celui de la flexion et de l'extension du poignet, sinon pire. Le patient ressentira toujours de la douleur, et il peut arriver qu'il tombe en syncope.

Voici quelques exemples qui permettront de reconnaître la différence existant entre un mouvement produit par une forte contraction du bras (qui, naturellement, a pour conséquence la raideur de la main et du poignet), et la manière de procéder que je viens de décrire.

1. Appliquez la main sur la cuisse. Dans la première espèce de manipulation, il est nécessaire d'empoigner fortement les muscles; la masse musculaire se meut comme un tout, il n'existe aucune vibration juste au-dessous du point d'application de la main, le champ du mouvement produit est beaucoup plus limité; tandis qu'avec la seconde méthode, la main repose librement sur la surface, les vibrations pénètrent, sont ressenties dans les muscles sous-jacents, et se propagent au loin.

2. Vous pouvez exécuter des vibrations sur la face antérieure du thorax, et les ressentir avec l'autre main appliquée sur le dos du patient; lorsque le bras et la main sont raides, vous ne sentirez rien.

3. Placez un verre d'eau au milieu d'une table de moyenne grandeur. Exécutez les vibrations, et si l'eau se porte en masse d'un bord à l'autre du verre, c'est que les vibrations sont mal faites; si la surface de l'eau tremble seulement au centre du verre, elles sont exécutées correctement.

Ceci peut donner une idée de la délicatesse qu'ont, en réalité, ces mouvements, et montrer comment il est possible de les employer dans des troubles où les pratiques ordinaires de la gymnastique médicale et les mouvements de massage de ce genre, en particulier ceux que l'on applique dans la méthode de Metzger, doivent être absolument exclus.

Les vibrations ont une efficacité beaucoup plus grande que le shaking, pour déterminer la résorption, et surtout elles constituent un puissant moyen de sédation, en calmant et même en faisant complètement disparaître les douleurs et l'irritation. On peut se convaincre qu'elles ont cette double action dans les congestions et les états inflammatoires aigus ou chroniques.

Vibrations des yeux.

Elles sont de deux sortes :

1. Le patient ferme les yeux, et l'opérateur, se tenant derrière lui, applique deux de ses doigts sur chaque œil, et commence les vibrations (fig. 31). Il doit prendre

Fig. 31.



soin que les paupières ne se déplacent pas de haut en bas, mais restent fixées sur le globe de l'œil, de telle sorte que les vibrations le traversent.

2. Nous pouvons placer la phalange distale du pouce sur le côté externe d'un œil, et la même phalange de l'indicateur et du médius sur le côté externe de l'autre œil, comme dans la fig. 32, et appliquer les vibrations. On doit les ressentir profondément dans les globes des yeux.

Le premier mouvement, qui ne pénètre pas aussi profondément, affecte les parties superficielles, tandis

Fig. 32.



que dans le second, on agit plutôt sur les parties les plus profondes. Les vibrations doivent toujours être accompagnées de frictions et de vibrations sur tous les nerfs

sensitifs situés autour des yeux, et aussi de frictions sur le globe de l'œil lui-même, frictions dont nous ferons la description plus loin.

J'ai constaté que ces mouvements rendaient de grands services dans les affections de la cornée et de la conjonctive, non seulement en guérissant l'inflammation, la douleur et la photophobie, mais aussi en accélérant le processus de la guérison.

Vibrations de la gorge.

Lorsqu'on applique les vibrations contre des affections de la gorge, on place les doigts dans la même position que pour le shaking, et on substitue les vibrations au shaking au commencement de l'inflammation aiguë.

Comme il y a beaucoup de glandes dans cette région, je dois dire, à ce sujet, que toutes les fois que l'on traitera des engorgements glandulaires par la méthode manuelle, c'est des vibrations que l'on devra se servir ; et on n'y aura pas recours en vain.

Vibrations du larynx.

Pour le larynx, l'application des doigts est la même que dans la fig. 24, et il est évident que les vibrations ont un effet direct sur le larynx lui-même, tandis que les secousses ont tendance à ne pas pénétrer. On les emploiera dans les catarrhes et dans le croup, avec grand avantage. Il y aura toujours grand avantage à joindre les frictions et les vibrations sur le nerf laryngé supérieur (fig. 41), et le traitement du cou et de la poitrine aux vibrations sur le larynx.

Vibrations du thorax.

Le patient doit être étendu sur le dos, les mains croisées derrière le cou, ou bien se tenir debout, comme dans la fig. 33.

Le point où on place la main pour appliquer les vibrations sur le thorax, varie avec la nature des troubles que nous traitons. Ici, on applique la main tout entière, elle repose libre et sans raideur sur la paroi thoracique. Les vibrations pénètrent à travers la paroi thoracique jusqu'aux poumons, qu'elles stimulent et fortifient. Elles amènent une expectoration facile, suivie d'une diminution de l'irritation ; elles procurent le repos et une sensation de

Fig. 33.



bien-être, et lorsqu'on les applique en même temps que les frictions nerveuses, entre les omoplates, etc., elles réduisent également les états congestifs et inflammatoires. On applique les vibrations sur le thorax, dans toutes les maladies des poumons, et les applications doivent durer quelques minutes.

Je crois intéressant de mentionner un des cas que j'ai traités. Un jeune homme de trente-deux ans, vint me consulter au sujet d'une toux continuelle, sèche et saccadée, dont il était affligé. En février 1888, pendant un séjour aux Indes, il avait contracté un rhume, et avait conservé depuis, cette toux, dont la gravité allait en augmentant. Le malade était allé auparavant dans l'Afrique du Sud, où il avait eu une attaque aiguë de fièvre. En 1889, pendant le printemps, il était retourné en Afrique, où il fut bientôt victime de la dysenterie, et resta gravement malade pendant six semaines. On ne pensa pas qu'il pût continuer à rester dans ce pays, et il revint chez lui en automne. Le malade ne guérit pas complètement, mais resta maigre et pâle ; la toux devint plus intense et le fatiguait beaucoup pendant la nuit. Il avait des attaques de dysenterie au moins une fois par semaine. En même temps que la toux augmentait, il se produisait de l'essoufflement lorsqu'il marchait vite ou montait des étages, une sensation de lassitude et des sudations profuses. Le malade, pour employer sa propre expression, était baigné de sueur. Dans les inspirations profondes, il éprouvait de la douleur au sommet des deux poumons, surtout du côté droit ; il en était de même pendant la toux. La respiration était courte et rapide, jusqu'à plus de trente-huit inspirations par minute. Légère matité aux deux sommets, plus marquée à droite ; appétit mauvais.

Les symptômes pulmonaires furent traités par les vibrations et le tapotement du thorax, les mouvements

inspiratoires profonds, les frictions nerveuses et le tapotement entre les omoplates, spécialement au niveau de leur partie supérieure, où le patient était très sensible : la dysenterie fut traitée par les vibrations et le pétrissage général de l'abdomen. De plus, le patient suivit un traitement général comprenant les frictions nerveuses.

La toux disparut graduellement, ainsi que les sudations nocturnes ; la respiration devint profonde et libre (seize à dix-huit mouvements par minute) ; pas d'essoufflement : l'appétit était bon. Pendant le temps qu'il resta en traitement, le malade n'eut aucune attaque de dysenterie. Il a toujours joui d'une excellente santé depuis.

Le traitement dura une quinzaine.

Vibrations sur le cœur.

Lorsque nous devrons faire des vibrations sur le cœur, il faudra les exécuter avec beaucoup de soins, la main étant appliquée légèrement sur la pointe du cœur. Mais si elles produisent une action favorable lorsqu'elles sont bien exécutées, leur effet est, au contraire, mauvais, lorsqu'elles sont appliquées d'une façon incorrecte. Un cœur faible a déjà trop de travail à exécuter, et s'il doit encore subir, en plus, une main lourde, rendue plus lourde encore par la raideur du poignet, ainsi que par la flexion et l'extension qui se produisent en ce point, il n'est pas surprenant que le malade ressente tout autre chose que du plaisir, souvent même de la douleur, et que parfois il s'évanouisse.

Quant à la position du patient, il peut être couché ou debout, les bras relevés ou abaissés, et les mains fixées derrière le cou (fig. 33), mais la poitrine doit toujours être bien saillante.

Les vibrations rendent les pulsations du cœur plus fortes, plus tranquilles et meilleures. On constate bien

cet effet dans la syncope, lorsque le cœur s'arrète ou commence à se ralentir; et aussi dans l'état contraire, c'est-à-dire dans la palpitation. Dans le premier cas, les battements reprennent ou deviennent plus énergiques, tandis que dans le second, la régularité de l'action du cœur reparaît.

Dans la syncope produite par le choc, la méthode la plus simple de ranimer le patient, consiste à comprimer les veines jugulaires internes.

Vibrations de l'abdomen ou d'une partie de l'abdomen.

Pour l'application des vibrations de l'abdomen en général, la position du patient et la position de la main sont précisément les mêmes que dans le pétrissage. Dans certains cas spéciaux, on emploiera une partie de la paume de la main et des doigts, ou la portion dorsale des doigts, la main étant légèrement fermée.

Ces vibrations sont très efficaces contre la douleur et pour calmer la diarrhée, quelle qu'en puisse être la cause; mais on ne les appliquera jamais dans les cas de constipation, car elles tendent à la produire.

Pour donner un exemple de l'action des vibrations de l'abdomen sur la diarrhée, je puis citer le cas d'un homme de cinquante-sept ans, atteint de cette affection. Depuis cinq à six semaines, il ressentait une douleur et un malaise dans tout l'abdomen. Il avait, jour et nuit, de fréquentes gardes-robes qui étaient constamment mélangées de sang. Après deux applications, son intestin fonctionnait d'une façon parfaitement normale, et les douleurs avaient spontanément disparu.

Un de mes amis, jeune officier Suédois, souffrait beaucoup de la diarrhée, et cela depuis plusieurs semaines.

avant qu'il ne m'en parlât. Il était devenu très pâle et très maigre. Je le traitai une première fois, avant qu'il ne se mît au lit. La nuit suivante fut la première pendant laquelle il jouit d'un repos complet, depuis une quinzaine, tandis que, auparavant, il avait été obligé de se lever plusieurs fois chaque nuit. Je continuai le traitement pendant quelques jours, et durant les quatre ou cinq semaines que je pus l'observer, il n'eut pas de rechute.

Quant à ce qui concerne la douleur, je l'ai fait disparaître dans la colique, dans la péritonite générale et dans la pérityphlite. L'effet des vibrations qui détermine la constipation, présente un avantage marqué dans les cas de cette espèce, où l'excitation de l'intestin est contre-indiquée.

Pour la vessie, il vaut mieux employer la face dorsale des doigts fléchis, et la main doit être bien enfoncée dans le pelvis.

Sur le creux de l'estomac, nous employons les vibrations dans les affections douloureuses de l'estomac, telles que : ulcère, catarrhe aigu et dyspepsie nerveuse. Elles agissent probablement par l'intermédiaire du plexus sokaire du sympathique.

Lorsque nous les employons contre la douleur, au moment de la période menstruelle, contre les hémorrhagies *post partum*, dans les métrites, les endométrites, nous devons saisir l'utérus entre les doigts et le pouce, et faire des frictions rapides et légères, en même temps que les vibrations. Ce mode de traitement dispense de la manipulation interne, dans les affections que nous venons de citer.

Dans les vibrations pour affections de l'anus, telles que hémorroïdes et prolapsus, on emploie la dernière phalange d'un ou plusieurs doigts. Dans le prolapsus de l'anus, on applique les extrémités des doigts autour de la masse procidente, avant de commencer les vibrations.

Dans le traitement des hémorroïdes, il ne suffit pas d'appliquer le traitement local, mais on doit avoir aussi recours au shaking du foie, au pétrissage de l'abdomen, etc.

Vibrations sur les ulcères.

Il faut recouvrir l'ulcère avec un morceau de toile ou de charpie imprégnés d'une solution antiseptique, et placer par dessus, un morceau de gutta-percha, afin d'empêcher la chaleur de la main d'arriver jusqu'à l'ulcère. On applique ensuite la paume de la main et on exécute les vibrations. Elles doivent être combinées au pétrissage du pourtour de l'ulcère, afin de maintenir saines les parties qui l'avoisinent, et de les exciter à une activité plus grande.

Vibrations sur les furoncles et sur les abcès.

On applique les pointes des doigts et du pouce sur la périphérie de la région malade, et les vibrations se rapprochent les unes des autres et, graduellement aussi, des parties centrales. Elles ont pour effet de ramener le serum sanguin vicié vers le centre, et la tumeur perce plus vite. Lorsque l'abcès a été ouvert, cette manipulation fait sortir le pus de la cavité de l'abcès plus rapidement et moins douloureusement que la méthode de pression ordinaire.

Vibrations dans les tumeurs.

Les deux observations suivantes montreront que les vibrations ont une action curatrice certaine sur les tumeurs.

Pendant l'été de 1885, je dirigeais l'établissement de mon frère, à Londres. Une dame, de quarante ans environ, vint se faire soigner pour une tumeur dure, située sur la

partie externe du sein gauche. La peau était un peu retirée à ce niveau et ne pouvait être séparée de la tumeur. Cette tumeur s'était formée depuis quelques mois et avait alors 5 centimètres de diamètre. La malade souffrait de violentes douleurs qui, lorsqu'elles atteignaient leur paroxysme, s'étendaient jusque dans le bras gauche et l'empêchaient de dormir.

Je preserivis les mouvements suivants : vibrations pendant cinq minutes sur les filets cutanés antérieurs et latéraux des nerfs intereostaux et sur les filets entanés deseendants des nerfs du eou, qui eroisent la clavieule, se dirigeant vers la poitrine ; vibrations sur la tumeur elle-même pendant vingt minutes ou plus longtemps eneore, jusqu'à ee que la douleur fût ealmée, et traitement général par les mouvements aetifs.

La malade fut traitée deux fois par jour, mais les mouvements spéeiaux ne furent appliqués que le soir. Au bout de neuf mois, il était très rare qu'elle ressentît la moindre douleur. La tumeur avait disparu et on ne sentait plus que quelques eordons fibreux au point primitivement gonflé.

Une dame, âgée de quarante-quatre ans, souffrait depuis environ quatre mois, de grandes douleurs de la langue, qui allaient toujours en empirant, et lorsqu'elle vint me consulter, elle les ressentait constamment, nuit et jour. Les douleurs étaient souvent si fortes qu'elle ne pouvait pas parler et que tout le côté gauche du visage était dévié. A ce moment, les douleurs s'étendirent de la langue à toute la partie latérale de la tête et du eou. Les aetes de manger ou de parler étaient douloureux et la mobilité de la langue était entravée.

Sur le eôté gauche de la langue, je trouvai une tumeur grosse comme une noisette, avec une ulcération blanche, longue environ de 1 centimètre et large d'un demi. Les

bords étaient saillants et irréguliers. Les glandes lymphatiques, derrière la branche montante du maxillaire supérieur, en avant du muscle sterno-cleido-mastoïdien et au dessous du maxillaire inférieur, étaient gonflées et résistantes. Le visage était pâle et jaunâtre. L'affection avait été causée par une dent brisée, qui avait déchiré la langue. La mère de la malade était morte d'un cancer.

Les frictions sur les nerfs lingual et facial et sur le ganglion submaxillaire étaient extrêmement pénibles et la malade les ressentait également au niveau des points malades.

Le traitement fut appliqué deux fois par jour. Le matin sur tout le corps, afin de relever les forces, et pendant quelques instants sur la langue elle-même ; le soir, au contraire, il était presque uniquement local et consistait en vibrations appliquées sur les points malades, en frictions et vibrations sur les divers nerfs du côté gauche du visage et du cou et en secousses et vibrations sur les ganglions lymphatiques tuméfiés. Ce traitement durait à peu près chaque fois trois quarts d'heure.

Au bout de six mois de traitement, il n'y avait plus aucune trace visible ou palpable de la tumeur, les ganglions lymphatiques étaient normaux. Si on passait lentement la pointe des doigts sur le bord de la langue, on rencontrait un point assez sensible au contact. En ce point, la malade ressentit encore de temps à autre, pendant un an, de violentes sensations de picotement et de brûlure. Pendant tout ce temps elle suivit pour cela un traitement spécial. Les douleurs disparurent alors complètement, et sa langue ne lui donna plus aucune préoccupation.

VIBRATION DES NERFS.

Dans le journal « *Medical Press and Circular* », du 25 juillet 1888, j'ai déjà étudié les différentes manières de produire les vibrations nerveuses et je demande la permission de citer ce que j'en disais alors : « Le masseur peut produire la vibration des nerfs, soit par des frictions exécutées transversalement sur ces nerfs, de la même manière qu'un joueur de harpe passe les doigts sur les cordes de son instrument, soit en exécutant des vibrations au dessus de ces nerfs. Lorsqu'il adopte cette dernière méthode, ou bien il suit les nerfs dans leur trajet, avec la pointe de ses doigts, dans le sens centripète, ou bien il les maintient fixés, et vibre au dessus des parties de ces nerfs qui sont les plus douloureuses.

» Les différentes méthodes d'application (friction ou vibrations) dépendent de la position du nerf et des organes qui l'entourent. Le nerf médian convient très bien pour la démonstration de la première méthode. On écarte le membre jusqu'à ce qu'il se trouve placé dans la position horizontale (fig. 42). On sent facilement, à sa sortie de l'aisselle, le nerf, sous forme d'une corde épaisse, située en dehors de l'artère brachiale. Lorsque l'on passe rapidement les pointes des doigts transversalement sur ce nerf, de la manière indiquée ci-dessus, on produit une sensation semblable à celle de l'excitation électrique. Le nerf supra-orbitaire, qui repose sur l'os, constitue un bon exemple d'un cas dans lequel on doit employer la seconde méthode (fig. 37, 38) (1).

(1) Le docteur L. Tokaraff, qui a étudié pendant deux ans, à partir de 1887, les méthodes suédoises de traitement manuel avec mon frère, le Directeur Henri Kellgren, a publié dans la « *Allge-*

» Il est essentiel que les tissus placés entre les doigts et les nerfs, se meuvent avec les doigts comme un tout, autrement la friction n'atteint pas son but, et la manipulation devient inutile.

» D'après mon expérience personnelle, les effets de cette méthode mécanique sont, autant que j'en puisse juger :

» 1° **L'excitation de l'énergie nerveuse.**

» 2° **La diminution de la douleur,** ainsi que je l'ai observé dans la névralgie faciale, dans la sciatique, dans la migraine et autres affections semblables.

» 3° **La contraction des petits vaisseaux sanguins.** On fait rapidement disparaître la pesanteur céphalique par la stimulation des nerfs sensitifs du cuir chevelu. Les frictions sur les branches sensitives des plexus brachial et cervical, au cou, déterminent, chez presque tous les sujets, une sensation de fraîcheur qui descend le long du corps, et est souvent accompagnée de la chair de poule.

» 4° **La stimulation des muscles à la contraction.** Chez beaucoup de personnes faibles, et quelques autres

meine Wiener medizinische Wochenschrift », 29 mai 1888, un article intitulé « Les vibrations nerveuses, nouvelle méthode de traitement », dans lequel il indique la manière dont doivent être exécutées les vibrations nerveuses. Il dit : « Alors, il (l'opérateur) concentre toute son énergie, de façon à produire une tension continue des muscles de l'épaule, du bras et des doigts. Il exécute ainsi un tremblement du bras tout à fait différent du tremblement ordinaire, en ce que le sens du mouvement est plutôt parallèle à l'axe du membre que transversal ».

Je ne sais si le Directeur, H. Kellgren, a approuvé cette description de l'exécution de ses vibrations nerveuses, car j'avais déjà cessé de travailler avec mon frère à l'époque où s'y trouvait le docteur Tokaraff, mais, à mon avis, c'est ici une erreur aussi grave que dans l'exécution des vibrations, de produire la vibration nerveuse par une tension continue des muscles de l'épaule, du bras et des doigts.

dont le système nerveux était irritable, j'ai observé ce phénomène bien marqué : les frictions sur le nerf musculo-spiral (tronc du radial) étaient suivies d'une flexion et d'une extension correspondantes du poignet et aussi des doigts.

» J'ai observé, chez une malade que j'ai vue pendant les dernières semaines de mon séjour à Pola, qui souffrait d'une paraplégie spasmodique (reflexe), et dont les membres inférieurs étaient restés étendus et roides depuis cinq ans, après un accouchement difficile, que ses muscles se contractaient, et que ses jambes se fléchissaient immédiatement après l'excitation des nerfs de la jambe et de ceux du pied. Les membres revenaient dans l'extension lorsque la stimulation cessait; mais, après un traitement de quelque temps, on pouvait éloigner les pieds à une distance de 20 centimètres, et la raideur des genoux et des chevilles n'était pas aussi complète que précédemment.

» Je puis ajouter :

» 5° L'augmentation de la sécrétion des glandes. Les frictions sur le nerf facial ou sur la région où repose le ganglion submaxillaire, sont instantanément suivies d'une augmentation de la sécrétion salivaire.

» 6° La diminution de la sécrétion de la peau. J'ai souvent observé, en traitant les malades par des frictions sur les nerfs cervicaux, que la transpiration, sensible, au début, sur toutes les parties du corps, avait rapidement disparu, sous l'influence de ces mouvements, et que l'abondante transpiration de la paume des mains avait cessé à la suite de frictions appliquées sur le nerf médian.

» 7° La diminution de la température. Elle est bien marquée dans la fièvre et les états fébriles.

» Pour ce qui concerne la pression des nerfs, je l'ai trouvée très utile dans de nombreux cas de migraine et de névralgie. On faisait des applications de pression, dont la

longueur variait, mais seulement dans les limites de quelques minutes; on recommençait après un court intervalle; la séance entière durait de cinq à vingt minutes ».

Mon frère, Henri Kellgren, a, dans ces dernières années, beaucoup étendu et développé ce système de la stimulation mécanique des nerfs. Ling et ses élèves avaient déjà une idée de cette méthode, ainsi que le

Fig. 34.



démontrent les travaux de Gorgii (*Traitement des maladies par le mouvement*, Paris, 1847).

Ils ont remarqué l'effet des frictions appliquées d'avant en arrière, sur le trajet du sinus longitudinal, et aussi du sinus latéral. Ils ont trouvé que ces frictions déterminaient, non seulement une contraction de la peau du crâne, mais aussi une sensation de frisson le long du dos, et ils les

employaient avec succès, dans quelques cas de congestion de la tête et du cerveau.

Ces frictions sont exécutées de la façon suivante par le Directeur Henri Kellgren :

On tient les doigts et le pouce légèrement tendus, de telle sorte que le dos des ongles entre en contact avec le cuir chevelu, et on les ramène en arrière, en leur faisant exécuter de légères vibrations (fig. 34). Lorsqu'ils arrivent à la protubérance occipitale, les doigts suivent la direction de l'un ou l'autre des sinus latéraux, le pouce, celle de l'autre sinus.

Nous pouvons conclure que l'effet des vibrations doit être considérable, d'après les sensations qu'elles produisent, ainsi que de ce fait, que tous les nerfs sensitifs du cuir chevelu montent jusqu'au vertex ; et c'est ainsi que l'on agit sur eux.

On ne doit jamais omettre ces frictions dans un traitement général de la tête. En même temps, nous devons appliquer des mouvements qui éloignent le sang de la tête, ou qui l'y ramènent, suivant les indications du cas.

Ling et ses élèves appliquaient aussi des frictions sur le phrénique et sur le grand nerf sciatique. Ils appliquaient ce traitement au premier de ces nerfs, pour faire disparaître les spasmes du diaphragme. On obtient ce résultat plus facilement et plus sûrement par de légers shakings du creux de l'estomac, comme je l'ai bien observé sur un malade de l'hôpital maritime de Pola, qui fut pris de spasmes pendant la narcose chloroformique. Les secousses étaient dirigées de bas en haut et en arrière.

Toutes les fois qu'on excite un nerf sensitif par l'électricité, on détermine la contraction des vaisseaux sanguins.

Puisque ces frictions, exécutées sur le nerf médian et sur quelques autres nerfs, produisent exactement la même sensation que celle qui résulte de l'excitation électrique,

et comme la sensation de fraîcheur qui passe sur le corps, accompagnée du phénomène de la chair de poule, doit être causée par la contraction des petits vaisseaux de la peau, ces frictions, avec les vibrations qui en sont la conséquence, doivent produire le même effet que la stimulation électrique. Cette proposition m'a servi d'idée directrice dans l'emploi de cette forme de stimulation nerveuse, et les résultats semblent certainement confirmer cette opinion.

Nous devons cependant prendre soin, avant d'appliquer cette excitation mécanique, de bien sentir le nerf, ou d'être absolument certain de sa position topographique, et de nous trouver bien exactement au dessus de lui, lorsqu'il est situé profondément, comme par exemple dans le cas de la grande sciatique de la région fessière.

Lorsque nous avons affaire à un nerf moteur ou mixte, et que nous voulons simplement l'exciter de la manière ordinaire, nous faisons des frictions que nous dirigeons en haut et en bas le long de son trajet; mais, lorsqu'il existe de la douleur ou que le nerf est purement sensitif, on doit préférer les vibrations seules ou suivies d'une pression constante; on administre alors les vibrations ainsi que nous l'avons décrit précédemment. Nous devons aussi nous souvenir que nous avons souvent plusieurs nerfs venant du même plexus, et qu'alors même qu'une seule branche d'un nerf semble être la cause de la douleur, les autres nerfs ou rameaux envoient leur excitation au même centre, et ainsi agissent d'une manière reflexe sur le nerf ou le rameau affecté. On doit aussi, lorsque c'est possible, traiter le tronc et non le rameau.

Il n'y a aucun doute que ces vibrations nerveuses, combinées avec d'autres mouvements passifs et actifs, ne constituent une arme puissante à opposer aux progrès de la plupart des affections nerveuses. J'ai vu plusieurs cas

de paralysie, d'ataxie locomotrice, de paralysie spasmodique, de paralysie infantile, qui ont été fortement améliorés. Le résultat de cette méthode manuelle dans ces affections et dans d'autres maladies nerveuses, serait encore plus heureux si les malades avaient recours à ce traitement plus tôt. Actuellement, on l'emploie à la dernière extrémité, lorsque tout le reste n'a rien produit. Nous avons alors à lutter non seulement avec la maladie arrivée à son stade le plus avancé, mais aussi avec la dépression morale et l'absence d'énergie du malade, qui réagissent d'une façon si défavorable sur sa santé générale.

Je vais maintenant donner quelques indications sur les points les plus favorables et les plus commodes pour rencontrer les différents nerfs.

NERFS DE LA TÊTE ET DU COU

Grand nerf occipital, petit nerf occipital et grand nerf auriculaire.

Tous ces nerfs sont des branches de la seconde paire des nerfs cervicaux; le dernier possède également une racine venant de la troisième paire. Nous les trouvons le plus facilement un peu au dessous de la moitié inférieure de l'apophyse mastoïde (fig. 35). Les frictions en ce point déterminent une sensation de fraîcheur qui descend tout le long du corps; et si elles sont exécutées avec force, le patient éprouve de la douleur, non seulement au point d'application des doigts, mais aussi dans l'intérieur de la tête, en avant, jusqu'à la région frontale et jusqu'au vertex.

Le traitement de ces nerfs fait disparaître le mal de tête et la congestion du cerveau, et produit des effets excellents dans l'hémicranie, l'insomnie, etc. Dans la

migraine, la sensation douloureuse dont nous avons déjà parlé, se produit de la façon la plus remarquable. J'ai également guéri en traitant ces nerfs, des céphalalgies graves accompagnant divers états fébriles. Durant mon séjour à Pola, il se produisit une légère épidémie de méningite cérébro-spinale. On porta à l'hôpital un officier

Fig. 35.



de marine atteint de cette affection. Il souffrait depuis quatre jours et quatre nuits de douleurs céphaliques très intenses et de fièvre. On avait essayé l'antipyrine, les injections sous-cutanées de morphine, et d'autres remèdes, mais ces moyens n'avaient pu diminuer la céphalalgie, ni lui faire gagner le sommeil. On me demanda d'essayer de le soulager. Je lui fis sur ces nerfs des frictions alternant avec la pression continue, des vibrations du vertex sur le

trajet du sinus longitudinal, telles que je les ai déjà décrites, en même temps que quelques autres mouvements passifs qui éloignaient le sang de la tête, et je finissais par le pétrissage général de l'abdomen. Après le premier traitement, le matin, le mal de tête disparut, et le patient dormit plusieurs heures. Je le traitai de nouveau l'après-midi et le soir. Dans la soirée, il eût, par hasard, un léger mal de tête, mais qui passa bientôt. Après le dernier traitement, il se sentit la tête libre. Pendant la nuit, il dormit bien, et le matin qui suivit, il n'eut pas de mal de tête. Le mal de tête ne reparut pas.

On doit commencer par appliquer les vibrations pendant quelques minutes, et l'on appliquera ensuite une pression continue, sans mouvements, avec les doigts. Le patient ressent d'abord une grande douleur dans la tête, mais elle cesse complètement pendant la manipulation, ou disparaît très rapidement après la cessation du traitement. Lorsqu'il existe de la congestion du cerveau et de la pléthore sanguine, on devra traiter tous les nerfs de la surface du crâne.

En même temps que le traitement de la migraine par les frictions et les vibrations sur la seconde paire de nerfs cervicaux, je vais décrire le traitement que j'ai appliqué, depuis deux ans, avec un grand succès; et je me servirai justement, comme exemple, du cas pour lequel j'ai imaginé cette nouvelle méthode, dans le traitement de cette maladie.

A la fin d'avril 1892, une dame âgée de quarante-deux ans vint me trouver pour se faire soigner de la migraine. Presque toute sa vie elle en avait souffert; pendant les dix dernières années, les attaques étaient revenues plus fréquentes et duraient plus longtemps. Souvent elles se prolongeaient plusieurs semaines, avec de rares temps d'arrêt: à ce moment même elle souffrait de la tête, mais les souffrances étaient seulement plus légères. Pendant les atta-

ques les plus violentes, les douleurs étaient si fortes qu'elles amenaient des contractures des bras et des jambes, et que même la malade perdait connaissance. Les douleurs variaient suivant le côté de la tête qui était pris. D'ordinaire, c'était le côté droit, et elle ressentait alors une véritable migraine avec ses symptômes caractéristiques, tels que nausées, éclairs devant les yeux, etc. La douleur débutait presque toujours au dessus des yeux, descendait sur les yeux et au dessous de ces organes, puis s'étendait à la tempe et à toute la partie latérale de la tête. Du côté gauche, au contraire, la douleur avait le plus souvent le caractère purement névralgique. La durée variait également de l'un et de l'autre côté. Lorsque le côté droit était pris, l'attaque durait deux à trois jours et disparaissait peu à peu, tandis que du côté gauche, elle ne durait guère qu'un jour ou un jour et demi, et disparaissait subitement vers le soir.

Les attaques survenaient à la suite de surmenage, d'écarts de régime et fréquemment sans aucune cause reconnaissable.

Les règles étaient toujours accompagnées de migraine ; elles duraient neuf jours, l'écoulement était abondant, surtout le troisième et le quatrième jour. Elles étaient cependant indolores et venaient régulièrement tous les vingt-huit jours. Le troisième et le quatrième jour les douleurs céphaliques atteignaient leur maximum.

La malade devait aussi surveiller son alimentation, car elle digérait mal; les selles étaient normales. Elle avait souffert d'hémorroïdes; mais elle en avait été débarrassée par une opération, et depuis cette époque, n'en avait ressenti aucune gêne. Le sommeil était d'ordinaire mauvais. Lorsque les attaques étaient assez violentes pour produire des convulsions, l'urine était ensuite plus abondante et plus claire que normalement.

Lorsque la malade vint me voir, elle avait ses règles, et le jour précédent elle avait été prise d'une très violente attaque de migraine qui n'était pas encore passée.

En l'examinant, je constatai que tous les nerfs de la tête étaient très sensibles. Les frictions les plus légères sur les nerfs cervicaux déterminaient des secousses spasmodiques dans les bras et dans les jambes, surtout du côté droit. Les frictions sur les nerfs sensitifs, entre les épaules, et plus bas dans les régions des reins, des lombes et des hanches étaient douloureuses, surtout dans les deux dernières régions et du côté gauche.

La palpation du membre inférieur dans la région hypogastrique et du côté gauche. était douloureuse. La malade, qui était au cinquième jour de ses règles, était très affaiblie par suite de la perte de sang considérable.

Je commençai immédiatement le traitement, qui consista en vibrations sur les nerfs sensibles de la tête, en frictions sur les nerfs cervicaux pour la migraine ; pour arrêter la perte de sang, j'appliquai des frictions sur les nerfs sensitifs du dos et surtout dans les régions lombaire et sacrée, le pétrissage des bras, la rotation des pieds suivie de mouvements de flexion et d'extension. Enfin le pétrissage général de l'abdomen avec vibrations, juste au dessus du pubis, pour agir sur la matrice et les ovaires.

La patiente se trouva beaucoup mieux après le traitement et cela non-seulement pour ce qui concernait la tête. mais aussi le corps tout entier.

22 *avril*. La nuit et la journée furent meilleures. Les nerfs de la tête n'étaient plus aussi sensibles. Les frictions sur les nerfs du dos ne déterminaient plus aucune secousse dans les bras ou dans les jambes.

26. La patiente avait ressenti la veille, dans l'après-midi, de la névralgie dans le côté droit de la tête ; à part cela, elle était beaucoup mieux. La nuit précédente, elle

avait dormi à peu près cinq heures sans interruption. Les règles s'arrêtèrent hier, le neuvième jour. L'affaiblissement, pour cette raison, était moindre.

28. Hier, j'appliquai à la patiente plusieurs mouvements actifs et passifs. La nuit qui suivit, à la suite de ce traitement, elle se réveilla avec des douleurs céphaliques sur les yeux qui l'avaient laissée peu à peu et qui disparurent complètement pendant le traitement.

29. Aujourd'hui, dans la matinée, la tête était tout-à-fait indolore.

7 mai. Hier, après-midi, douleurs céphaliques nerveuses, mais elles disparurent en quelques heures.

21. Les règles sont venues le 17 et la perte de sang est plus faible; elle ne fut accompagnée d'aucune douleur céphalique notable et, pour cette raison, l'affaiblissement ne fut pas considérable. La patiente ne reçut aucun traitement pendant les trois premiers jours. Lorsqu'elle revint, les douleurs s'étaient reproduites de la façon suivante : comme à l'ordinaire, c'était le côté droit qui était malade. De ce côté, je trouvai sur la tempe, çà et là, des régions sensibles qui n'étaient douloureuses qu'aux points touchés, mais j'en trouvai un dont la douleur se propageait dans la tête et surtout derrière les yeux. J'appliquai pendant quelques minutes les vibrations, et la migraine disparut.

Ce point coïncidait, autant que j'ai pu m'en rendre compte, avec le point d'émergence du nerf temporo-orbitaire, rameau du nerf maxillaire supérieur. On le trouve facilement à peu près à deux centimètres de l'angle externe de l'œil en promenant horizontalement le doigt vers l'extérieur, à partir du bord extérieur de l'orbite. Pour le trouver plus facilement, on fait d'abord une légère friction.

On pratiquera très soigneusement les vibrations avec la

pointe de l'un des doigts. Elles doivent être exécutées avec beaucoup de soin, de façon à ce qu'aucune secousse ne soit imprimée à la tête, car cela pourrait augmenter la migraine.

25 juin. Pendant le mois précédent, la malade ne put suivre très régulièrement son traitement. Bien qu'elle s'occupât beaucoup et que souvent elle fût fatiguée, l'état de sa tête est cependant resté bon. Les règles commencèrent le 11 et s'arrêtèrent le 17; la perte de sang, cette fois, fut normale.

Les 11, 12, 13 et 14, je la soignai chez elle; elle n'eut aucune trace de migraine et put lire et écrire en gardant la tête très libre et sans qu'il en résultât aucune conséquence fâcheuse, ce qui ne lui était pas arrivé depuis des années.

Le 15, elle reprit son traitement et se sentit très bien. Bien que le repos lui fût ordonné, elle se fatigua beaucoup dans l'après-midi et, en conséquence, éprouva une crise violente de migraine. Elle ne pouvait supporter aucune lumière, le moindre bruit augmentait la douleur et ses jambes furent le siège de fortes secousses convulsives. Je fus appelé et je fis complètement disparaître la migraine par les petits mouvements vibratoires décrits plus haut, appliqués sur le côté de la tête. La malade put, de nouveau, supporter la lumière et le bruit de la conversation à haute voix; et après que je l'eus quittée, à huit heures du soir environ, elle s'endormit pour toute la nuit d'un bon sommeil.

Au bout de six mois, pendant lesquels elle n'avait pas du tout souffert de la tête, elle revint me voir, et je fis alors disparaître sa migraine par les mêmes vibrations. La malade cessa son traitement pendant l'été 1892. Je lui dis qu'il avait été trop court pour pouvoir amener une guérison complète. Bien qu'il lui eût été impossible de

reprendre son traitement, son état s'est cependant beaucoup amélioré et les attaques de migraine sont devenues très rares.

Nerf sus-orbitaire.

On trouve le mieux ce nerf au niveau de l'échancrure ou du trou sus-orbitaire. Lorsqu'il existe une échancrure, le nerf est facile à trouver, mais lorsqu'il passe dans un trou, la meilleure façon de l'atteindre, est de placer

Fig. 36.



les extrémités de l'index ou du médius dans l'orbite, et de le sentir dans la région où il repose sur l'orbite, juste avant qu'il ne pénètre dans le trou. Dans ces deux positions, le mieux est de faire des frictions sur ce nerf avec la partie dorsale de l'ongle, en prenant garde de ne pas

appliquer la partie tranchante. (Remarquez la forte flexion de la dernière phalange dans la fig. 36.)

Sur le front, nous commençons par marquer le trajet du nerf, de l'échancrure vers le haut, par de légères frictions. nous le sentons, semblable à une mince cordelette, un peu courbé vers l'extérieur dans la direction des tempes. Après avoir dessiné son trajet, nous commençons les vibrations

Fig. 37.



que nous appliquons à plusieurs reprises dans la direction centripète (fig. 37).

La fig. 38 montre comment nous appliquons le pouce contre l'index, lorsque nous opérons avec le dos de l'ongle. non pas avec son extrémité, mais avec la portion plus voisine de la dernière articulation phalangienne : la manipulation acquiert ainsi plus de douceur.

Dans la névralgie de ce nerf, il suffit souvent de le traiter seul, mais, si en opérant ainsi je n'obtiens pas la

Fig. 38.



guérison, j'applique les vibrations sur les autres branches du même tronc nerveux.

Nerf sustrochléaire et nerf nasal.

Le nerf sustrochléaire sort au niveau de la partie interne de l'orbite et monte presque verticalement vers le haut.

Le nerf nasal émerge sur le côté du nez, au point où l'os s'unit au cartilage.

Les vibrations sur ces deux points sont très utiles dans le catarrhe du nez, le coryza aigu et la douleur frontale qui l'accompagne.

Un filet sensitif, probablement une branche du nerf lacrymal, contourne le rebord de l'orbite au niveau du côté externe, juste en face de l'angle externe. De légères frictions ou vibrations sur ce point causent, même chez les personnes saines, une irritation considérable, et chez

celles qui ont quelque affection de l'œil, la douleur est très prononcée.

Nerf maxillaire supérieur et nerf mentonnier.

Si nous descendons verticalement de l'échancrure sus-orbitaire, nous n'avons pas de peine à trouver ces nerfs aux points où ils sortent de leurs trous respectifs. J'ai pu guérir immédiatement des névralgies dentaires, et même, dans des cas où les dents étaient malades, la douleur diminuait souvent lorsque les vibrations avaient été appliquées sur le nerf pendant quelques minutes. J'ai souvent aussi, par le même traitement, arrêté la douleur des dents et des mâchoires, qui se produisait à la suite de frictions mercurielles énergiques.

Nerf facial.

On peut appliquer le plus facilement les frictions sur le nerf facial au point où il se dirige en avant, au-dessus de la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur. On doit les faire de haut en bas.

Le premier effet que produisent les vibrations, lorsqu'on les applique, consiste en une sensation de picotement particulière, non seulement sur la partie latérale de la face, mais aussi dans le pharynx et très souvent aussi dans l'oreille.

Ce nerf, naturellement, doit être excité dans les cas de paralysie faciale.

Pendant que je travaillais sous la direction du Directeur Henri Kellgren, j'ai vu deux cas de guérison complète. Un des patients était un petit garçon de cinq ans, l'autre une jeune fille de quatorze ans.

Dans toutes les affections de la gorge, ce nerf doit être

traité, non seulement à cause de ses connexions avec le pharynx, mais aussi afin de déterminer l'augmentation de la sécrétion salivaire de la glande parotide.

Fig. 39.



Nerf lingual.

Pour trouver le nerf lingual, nous devons tendre un peu la tête vers le côté où se trouve le nerf qui doit être traité, et on applique la friction de dedans en dehors. Ce traitement augmente aussi la sécrétion salivaire des glandes submaxillaires.

Si le patient est assis, la tête dressée, et si nous faisons une friction d'arrière en avant entre la glande submaxillaire et l'os, une sensation de picotement indique que le *ganglion submaxillaire* a été touché.

Frictions nerveuses et vibrations du globe de l'œil lui-même.

Le malade regarde en bas et ensuite ferme les yeux. On place l'extrémité de l'index sur la partie supérieure

de l'œil, juste au côté interne du diamètre vertical du globe de l'œil (fig. 40).

De légères frictions faites en ce point déterminent une

Fig. 40.



forte sensation, ressentie non seulement dans l'œil lui-même, mais qui peut l'être également à l'intérieur du crâne, dans sa partie antérieure.

En d'autres points de l'œil, la sensation n'est pas aussi bien marquée. Le patient a plutôt la sensation d'avoir du sable dans l'œil.

On doit stimuler ces nerfs dans les maladies des yeux ainsi que dans la migraine et le mal de tête ordinaire. Chez un malade qui avait perdu une grande quantité de sang et qui, par suite, souffrait d'un mal de tête très intense, j'eus recours à ces vibrations des deux yeux simultanément, après que tous les autres traitements étaient restés sans résultat. Je fus obligé d'appliquer les frictions pendant environ quinze minutes, avant que le mal de tête cessât entièrement.

Le *traitement complet* de l'œil se compose des mouvements suivants : frictions sur les nerfs supraorbitaire, supra-

trochléaire, sur le rameau qui sort au niveau de l'angle externe de l'œil. Frictions nerveuses et vibrations sur l'œil lui-même (fig. 40); vibrations sur l'œil (fig. 31 et 32); puis vient le traitement général de la tête et les diverses frictions nerveuses et les mouvements qui s'y rattachent, représentés dans les fig. 47 et 48.

Mlle M..., couturière, Clapham, se blessa l'œil le 12 décembre 1887. Elle secouait une serviette lorsqu'elle se frappa fortement l'œil droit avec l'un des coins. Douleur immédiate qui augmenta pendant la nuit. Elle fut assez vive pour l'empêcher de dormir.

Le matin du 13, elle alla voir un médecin qui lui dit qu'il y avait une écorchure « sur la partie sombre de l'œil ». Il mit deux gouttes de « quelque chose » dans l'œil et lui donna une lotion pour baigner cet organe. Je vins dans la soirée soigner la maîtresse de la maison où elle travaillait. Comme la douleur avait été en augmentant tout le jour, on me demanda de regarder son œil et s'il était possible de l'améliorer.

Lorsque je la vis, à 9 h. 30 environ, les paupières étaient gonflées et rouges, les conjonctives injectées, les vaisseaux de sa partie sclérotique dilatés et envahissant la cornée. En examinant la cornée, je trouvai une blessure, juste au-dessus du diamètre horizontal et un peu vers le côté externe de la pupille. La blessure ne présentait pas alors l'apparence d'une section, mais elle s'était étendue de tous côtés et était un peu plus large qu'une tête d'épingle ordinaire; les bords étaient irréguliers et semblaient retournés. Il y avait un léger écoulement de pus, beaucoup de larmoiement et de photophobie; la pupille était très dilatée et fixe : elle n'était pas ronde, mais inégale. Toutes les branches de la cinquième paire se montraient très douloureuses à la friction.

Progrès et traitement. — Je fis des vibrations sur l'œil

et des frictions sur les branches de la cinquième paire. Je dus continuer le traitement pendant vingt à vingt-cinq minutes jusqu'à ce que la douleur disparut entièrement. Comme la lotion n'avait fait aucun bien, j'ordonnai de la cesser, de tenir l'œil couvert et de s'abstenir de travailler.

14 décembre. La douleur revint plus tard, pendant la nuit, mais seulement très légèrement. Elle dormit très bien. Le gonflement et la rougeur des paupières étaient très réduits ; l'injection de la conjonctive sur les paupières et sur l'œil, avaient considérablement diminué. La pupille ne réagit que légèrement et paresseusement. Elle ne ressent qu'une faible douleur en regardant une forte lampe à gaz.

15 décembre. La douleur de l'œil a complètement disparu. Aucune douleur pendant la nuit. Paupière supérieure presque normale. Injection de l'œil moindre que le jour précédent ; la pupille réagit mieux ; la blessure de la cornée est guérie.

16 décembre. Pas de larmoiement ; œil clair ; peut lire les journaux ordinaires.

Après un traitement d'une semaine, elle fut à même d'exécuter des travaux d'aiguille sans difficulté ni douleur.

Le traitement, appliqué tous les jours excepté le premier jour, durait dix minutes l'après-midi, cinq minutes le soir. Le 15, je fis aussi des vibrations nerveuses sur l'œil lui-même (fig. 40). Le traitement fut continué encore pendant quelques jours et fut appliqué seulement le matin pendant quelques minutes.

Madame Ch. K..., quarante-six ans, était affligée d'une épitaxis depuis sa seizième année. Le premier saignement de nez fut très intense ; il dura six heures et fut suivi d'une grande fièvre et d'une grande faiblesse. Les hémorragies nasales se reproduisaient très fréquemment dès qu'elle

travaillait trop ou se fatiguait. Aussitôt que son état général s'affaiblissait, les hémorragies arrivaient plus fréquemment.

Elle souffrait de la migraine depuis plusieurs jours. Les attaques se reproduisaient une couple de fois par semaine. Le 22 janvier 1893, elle ressentit après une journée de fatigue un très violent mal de tête.

Le 24, en se mettant au lit, elle y voyait bien des deux yeux, mais le 25, en se réveillant, elle était aveugle de l'œil droit.

Le 27, elle partit pour Londres, où elle consulta le docteur Gunn. Il constata que la cécité était due à la présence de sang dans l'œil. Une semaine après, elle consulta le docteur Nettleship, qui confirma ce diagnostic. Tous les deux considéraient la vision comme définitivement perdue. On lui fit appliquer un emplâtre sur la tempe droite et on lui ordonna une médication destinée à amener la résorption du sang dans l'œil.

Le 23 février, elle vint me voir pour me consulter. Sa santé était fortement délabrée. Elle ne voyait pas mes doigts avec l'œil droit, lorsqu'ils étaient éloignés de quelques pouces. La pupille ne réagissait plus.

J'admis, comme cause des phénomènes, le diagnostic posé par les deux oculistes distingués. J'étais convaincu que je pourrais améliorer l'état général de la malade et je pensai que les vibrations sur l'œil et les frictions sur tous les nerfs sensitifs dont nous avons déjà parlé, amèneraient beaucoup plus vraisemblablement la résorption du sang extravasé que le vésicatoire et la médication qu'on lui avait ordonnés.

Le 25 février je commençai le traitement et le continuai pendant deux mois. Je lui fis supprimer l'emplâtre et les moyens médicaux qu'on lui avait ordonnés et je lui appliquai, à la place le traitement oculaire complet, tel que

je l'ai décrit plus haut et quelques mouvements généraux, afin de fortifier son état général.

Sa santé s'améliora très vite, les douleurs céphaliques disparurent et pendant tout ce temps, il ne se produisit aucune épistaxis. La vision revint peu à peu et, lorsqu'elle me quitta elle pouvait lire les petits caractères d'un journal, mais l'œil était encore faible et se fatiguait facilement ; et, pour cette raison, je lui conseillai de se ménager le plus possible et surtout d'éviter la lumière intense.

Pendant l'été, elle m'écrivit. Elle me disait qu'elle voyait aussi bien de l'œil droit que du gauche. Elle n'avait plus eu ni épistaxis, ni céphalalgie et, d'une façon générale, sa santé était excellente.

Nerf laryngé supérieur.

On atteint facilement ce nerf au-dessous de la grande corne de l'os hyoïde et avant qu'il ne traverse la membrane hyoïdienne. On place l'extrémité des doigts sur l'extrémité postérieure du bord supérieur du cartilage thyroïde, et on le ramène brusquement en avant (fig. 41).

On ressent de la douleur au niveau du point d'application dans le larynx, souvent dans l'oreille et le pharynx, et jusque dans la tête. Lorsque je m'applique ce traitement à moi-même et que je le continue pendant quelques secondes, je ressens soit de la douleur soit du picotement en ces points et j'éprouve dans le cerveau la sensation qu'il est entouré d'un lien robuste qui l'étreint. On peut stimuler ces nerfs dans les affections du larynx.

Nerf laryngé supérieur.

On incline la tête vers le côté où se trouve le nerf qui doit être stimulé, et légèrement en avant : on abaisse le

doigt le long de la trachée, jusqu'au bord interne de la partie inférieure du muscle sterno-mastoïdien, et on exécute la friction vers la trachée. Appliquée à des per-

Fig. 41.



sonnes bien portantes, cette manipulation détermine d'ordinaire de la toux.

Nerf vague.

Le nerf vague est situé dans le sillon limité par l'artère carotide et la veine jugulaire interne. Nous devons tenir la tête courbée un peu en avant, et sentir les pulsations de l'artère, on place le doigt juste en dehors de l'artère, on le presse avec soin vers le bas et on fait ensuite des frictions rapides et énergiques dans le

sens transversal. Chez un malade atteint de bronchite ou de quelque affection du même genre, cette manipulation produit presque toujours de la toux et on doit la combiner au shaking de la trachée. On utilise son action sur le cœur lorsqu'il bat avec trop de force, et on doit prendre ce fait en considération lorsqu'on traite des malades dont le cœur est faible, sinon on s'expose à causer des syncopes. Dans les maladies de l'estomac et du foie, des frictions sur ce nerf déterminent souvent le vomissement.

Premier ganglion sympathique du cou.

Nous nous tenons debout, derrière le patient, dont la tête est d'abord légèrement courbée en arrière ; on passe alors le doigt au dessus et en dedans de l'angle de la mâchoire inférieure. Nous fléchissons ensuite la tête en avant, et les aponévroses cervicales étant alors détendues, nous promenons le doigt de haut en bas et de bas en haut, jusqu'à ce que nous atteignions la face antérieure de la colonne vertébrale. On passe ensuite le doigt rapidement d'un côté à l'autre, lorsqu'on détermine de la douleur, douleur dont l'intensité et l'étendue varient avec la force qui accompagne la friction. On peut ressentir la douleur sur toute la face latérale de la tête et du pharynx. J'ai eu quelquefois des malades entre les mains, qui, sous l'effet de frictions de moyenne intensité, avaient une tendance à tomber en syncope. Si l'on réfléchit à l'étendue des connectifs et des branches terminales, on peut s'expliquer ces résultats dans une certaine mesure.

Nerfs cervicaux.

Dans ce cas aussi, exactement comme je l'ai montré dans le dessin qui représente la friction nerveuse sur la

seconde paire cervicale (fig. 35) nous employons les extrémités des doigts d'un côté et la dernière phalange du pouce de l'autre. Nous les plaçons sur les bords du muscle trapèze. Nous exécutons une friction énergique et rapide, au moment où nous rapprochons les extrémités des doigts de celles du pouce. J'ai souvent observé, ouplutôt senti, que les débutants ont l'habitude d'exercer une pression égale, ou bien ils enfoncent les doigts dans le cou. Dans aucun cas, on ne doit procéder ainsi. La cause principale de l'erreur, ainsi que dans d'autres cas de manipulation défectueuse, est représentée par la rigidité des doigts et des mains. En opérant ainsi, on ne produit que de la douleur, ce qui est tout à fait inutile, au lieu de faire apparaître les symptômes d'une application correcte, c'est-à-dire la sensation de fraîcheur qui parcourt tout le corps.

Parfois cette sensation ne se produit pas. J'ai observé le fait chez des malades atteints de fièvre intense, dans l'ataxie locomotive, parfois dans la neurasthémie, tandis qu'au contraire on l'observe très prononcée, chez d'autres malades atteints de la même affection. Pendant les attaques de migraine, je l'ai trouvée absente chez des personnes qui la présentaient à d'autres moments ; et parfois, quoique rarement, les frictions sur les nerfs sensitifs cervicaux n'ont produit aucune sensation de froid chez des personnes qui semblaient jouir d'une parfaite santé.

Lorsque nous descendons le long du cou, la distance qui sépare les points d'application des extrémités des doigts et le pouce, doit être légèrement augmentée. Autrement les frictions se produisent en dedans de la région où les nerfs sensitifs sont libres et ne déterminent aucun effet.

Nous devons utiliser ces frictions nerveuses dans les fièvres. On doit alors les continuer pendant quel-

ques minutes; la durée de l'application dépendant naturellement de la gravité du cas.

Quant à moi, je dirige surtout mon attention sur les points d'émergence de la seconde paire de nerfs cervicaux.

NERFS DU TRONC.

Branches cutanées latérales et antérieures des nerfs intercostaux.

Si nous exécutons des frictions un peu obliquement de haut en bas sur tous les espaces intercostaux, un peu en avant de la ligne longitudinale tirée à égale distance des plis antérieur et postérieur de l'aisselle, nous trouverons les *branches cutanées latérales* des nerfs intercostaux.

Les *branches cutanées antérieures* des nerfs intercostaux, à partir du second, du troisième et du quatrième, ont des dimensions notables et fournissent de nombreuses branches aux glandes mammaires.

On trouve immédiatement ces branches cutanées intercostales au point où elles sortent dans les espaces intercostaux, près du sternum.

La stimulation de ces nerfs et des branches *cervicales descendantes* qui croisent la clavicule, est importante, parce que, non-seulement elles fournissent à la peau au-dessus de la poitrine, mais aussi à la glande mammaire; et c'est pour cela qu'il existe souvent des douleurs lançantes vers le cou et les bras dans les états inflammatoires et les autres affections de la glande.

Nerfs sensitifs dorsaux.

Lorsque nous exécutons des frictions sur les nerfs sensitifs du dos, le patient se trouve d'ordinaire couché en pro-

nation, comme pour le tapotement du dos; en réalité, nous appliquons rarement cette dernière méthode isolément, mais, d'ordinaire, nous la faisons précéder de la première. L'opérateur placera ces mains de manière assez différente, suivant le point où elles doivent être appliquées. Entre les épaules, on emploiera le dos de l'ongle de l'index, soutenu par le pouce, comme on l'a vu fig. 38, parce que, autrement, il est difficile, dans cette position, d'exécuter une bonne friction.

Au-dessus et au-dessous de ce point, on opère avec la surface palmaire de la dernière phalange. La friction se fera obliquement de bas en haut et en dehors ou inversement, comme, par exemple, si le malade repose sur le dos et subit la friction, après un pétrissage général de l'abdomen. Pour le traitement général de ces nerfs, on emploiera les deux mains en même temps (une de chaque côté), et nous les passons généralement trois ou quatre fois de haut en bas sur le dos, nous arrêtant deçà et delà sur les points qui peuvent être douloureux et qui, par conséquent, nécessitent une manipulation plus spéciale.

On ne doit jamais exécuter les frictions le long du dos sans précautions et on ne doit pas y renoncer sans les avoir longuement expérimentées. Nous devons avoir présent à l'esprit que chaque paire de nerfs sensitifs naissant des divisions postérieures primaires des nerfs spinaux peut être considérée comme étant en connexion avec son segment propre de la moelle épinière, et nous devons aussi nous rappeler les relations intimes qui existent entre les nerfs spinaux et les ganglions sympathiques. En effet, on observe chez les malades porteurs d'une maladie du cœur ou d'affections aiguës des poumons, que la région située entre les épaules est très sensible et que les frictions continues ont un effet très

utile. Je ne veux pas m'exposer à être taxé d'exagération avant que d'autres n'aient fait la même constatation, mais j'ai traité, et mon frère, avant moi, a traité des cas aigus de pneumonie par les frictions nerveuses entre les épaules et les vibrations sur le thorax pour les poumons, les frictions nerveuses sur le cou et sur les nerfs dorsaux sensitifs pour la fièvre et le mal de tête, et le pétrissage de l'abdomen pour la circulation en général, sans avoir recours à aucun médicament, et nous avons toujours réussi. Tous ceux qui possèdent quelque notion légère du traitement, peuvent facilement obtenir une confirmation de ce fait que les nerfs sensitifs correspondant au poumon malade, sont en réalité plus douloureux, tandis que, du côté opposé, les frictions ne causent que très peu de douleur.

Dans les affections du foie, nous trouvons des points sensibles correspondant à l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit. Je puis rapporter un exemple de l'effet de la stimulation des nerfs dans cette affection. Le docteur Eug. Gruber, chirurgien de la marine impériale Autrichienne, avait un malade qui souffrait de calculs biliaires. Le patient avait eu quelques attaques, pendant lesquelles on avait calmé la douleur avec des injections de morphine. Quelque temps après, ces attaques se reproduisirent, le malade fut obligé, comme auparavant, de reprendre le lit, et souffrait beaucoup. Le docteur Gruber prescrivit, comme il est d'usage, des injections sous-cutanées, qui ne soulagèrent pas la douleur, bien qu'on eût administré deux injections. Il se rappela alors ce que je lui avais montré, et essaya des frictions nerveuses. Il trouva facilement, ainsi que je l'ai décrit, des points très sensibles. Il fit des frictions sur ces points. Ces frictions déterminèrent immédiatement de forts accès de vomissements, la douleur fut soulagée et la malade se trouva mieux.

Dans les maladies des reins, nous devons porter notre attention sur les nerfs dorsaux inférieurs. Lorsque les organes génitaux, la vessie et le rectum sont malades, nous trouvons aussi des points sensibles dans les régions lombaire et sacrée. Il y a deux points dans la région lombaire qui répondent très rapidement aux frictions : l'un se trouve au dessous de la douzième côte, au niveau de l'angle qu'elle forme avec les muscles profonds du dos, et à la base de l'épine dorsale, au niveau de l'angle formé par les mêmes muscles et la crête de l'os iliaque.

Le cas suivant de dysménorrhée présente un véritable intérêt. Une dame de vingt-sept ans, mariée, sans enfants, éprouvait depuis la puberté, d'horribles souffrances au moment de chaque époque cataméniale. La douleur commençait deux ou trois jours avant que le flux cataménial ne s'établît et durait pendant toute la période, la laissant complètement épuisée pour quelques jours. Durant les attaques elle était retenue au lit, et souvent ne pouvait rester étendue, mais elle était obligée de se tenir assise sur son séant et pouvait à peine dormir. L'abdomen, surtout dans ses parties inférieures, était douloureux au toucher. La malade était devenue anémique, faible et nerveuse.

Le traitement spécial qui fut appliqué consistait en frictions nerveuses au niveau des parties supérieures et inférieures de la région lombaire et sur le sacrum, et en vibrations sur les parties inférieures de l'abdomen. De plus, on lui fit exécuter quelques mouvements généraux.

Le traitement fut continué pendant trois périodes menstruelles ; il fut commencé un peu avant la première et finit quelques jours après la troisième.

Son état fut amélioré pendant la première période, à tel point qu'elle pouvait venir me voir tous les jours. Pendant la seconde période, elle eut seulement une attaque douloureuse, et pendant la troisième, elle n'éprouva

aucune espèce de douleur. Son état général fut fortement amélioré.

Si nous considérons la disposition anatomique des nerfs, nous y trouvons une explication possible de ces phénomènes. Les ganglions sympathiques du cou présentent des filets anastomotiques qui les relient à tous les nerfs spinaux du cou, et chaque ganglion fournit un nerf au plexus cardiaque. Dans la région dorsale les ganglions sympathiques communiquent tous avec les nerfs spinaux correspondants, et les cinq ganglions supérieurs envoient des rameaux aux viscères thoraciques, par l'intermédiaire des plexus cardiaque et pulmonaire, tandis que, du sixième au dixième ganglion dorsal, les rameaux s'unissent pour former le grand splanchnique, qui va jusqu'au ganglion semilunaire du plexus solaire. Le dixième et le onzième ganglion donnent naissance au moyen splanchnique, qui réunit les plexus solaire et rénal; et du douzième ganglion part le petit splanchnique, qui entre dans le plexus rénal.

Les mêmes connexions intimes existent aussi entre le sympathique et les nerfs spinaux, lombaires et sacrés.

Nous devrions donc pouvoir agir d'une manière reflexe sur les organes innervés par les divers plexus sympathiques et faire également disparaître la douleur dans les nerfs sensitifs correspondants.

Sur le sacrum, on emploie la même position de la main qu'entre les épaules, ou bien nous fermons légèrement la main, et nous opérons avec les jointures. On doit alors toujours stimuler les nerfs après les mouvements de shaking et de vibration dans les affections des organes pelviens.

Nous ne devons pas oublier dans le traitement général du dos, de suivre la crète de l'os iliaque et d'appliquer des frictions sur la région où, ainsi que l'anatomie topo-

graphique nous l'apprend, descendent les filets sensitifs du dernier nerf dorsal, du nerf ilio-hypogastrique et des nerfs lombaires supérieurs.

Lorsque les frictions sont exécutées correctement, c'est-à-dire obliquement, ces nerfs répondent rapidement.

NERFS DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Grand nerf sciatique.

C'est de beaucoup le nerf le plus important du membre inférieur. Il sort, on le sait, par le grand trou sciatique au dessous du grand fessier se trouve placé à peu près à égale distance entre le grand trochanter du fémur et la tubérosité de l'ischion, et de là descend verticalement sur la face postérieure de la cuisse, vers le creux proplité.

Le malade est placé en pronation, comme le montre la fig. 5, il croise sur l'autre pied le pied de la jambe qui doit être traitée. Cette position est la plus commode pour manipuler tous les nerfs de la face postérieure du membre, parce que tous les muscles, depuis ceux de la cuisse jusqu'à ceux du mollet, sont plus ou moins relâchés.

Si nous voulons seulement stimuler le nerf pendant un traitement général et lorsqu'il n'existe aucune douleur particulière, on peut alors exécuter quelques frictions rapides sur le nerf, pendant que nous suivons son trajet vers le haut et vers le bas. Je dois répéter ici ce que j'ai déjà dit, que l'on doit prendre garde à ne pas exécuter les frictions avant que l'on soit bién au-dessus du nerf ou qu'on le sente comme dans le creux poplité. D'autre part, si nous avons affaire à un malade qui souffre beaucoup d'une maladie telle que la sciatique, il est mieux de placer la dernière phalange du pouce sur le nerf, au point où il

sort du pelvis et d'exécuter des vibrations en ce point. Dans les cas récents de sciatique que j'ai traités, j'ai procédé de cette manière et les résultats ont été très remarquables. Afin de pouvoir apprécier exactement la valeur des vibrations, je ne fis pas d'autre traitement au début. Non-seulement la douleur diminua, disparut presque, après ma première séance, mais l'amélioration se maintint; et, dans des cas où les malades souffraient nuit et jour une véritable torture, ils gagnaient le repos et pouvaient dormir.

Mais si l'on traite des malades chez lesquels les douleurs ne sont pas constantes et lorsque le traitement est appliqué dans l'intervalle des crises, on pourrait appliquer avantageusement les frictions comme dans le cas suivant :

Une dame âgée de soixante-un ans, souffrait depuis huit ans d'une inflammation déformante des articulations, qui l'avait estropiée; elle ressentait depuis trois ans de violentes douleurs névralgiques dans le grand nerf sciatique droit. Ces douleurs se produisaient toujours très brusquement, s'étendaient de la hanche au talon et déterminaient des mouvements convulsifs d'extension et de flexion de la jambe, et d'horribles douleurs dans les muscles et les articulations enflammées. La névralgie se produisait régulièrement chaque soir, lorsque la malade se mettait au lit, au moment où on la remuait avec précaution. Souvent les attaques se produisaient aussi plusieurs fois par jour. Leur durée était variable, souvent relativement courtes, mais souvent elles duraient plusieurs heures. On était obligé d'avoir toujours du chloroforme sous la main. Cette dame avait vu les meilleurs médecins et il ne lui restait plus (comme un médecin qu'elle avait consulté le lui avait conseillé, après avoir constaté son impuissance vis-à-vis de la douleur) qu'à supporter et à souffrir.

Le 6 mars 1893, je la traitai pour la première fois, en vue de son inflammation articulaire, ainsi que pour la névralgie; et la soirée qui suivit, fut la première, depuis trois ans, où elle put se mettre au lit sans névralgie et sans contractures. Depuis, douleurs et contractures disparurent.

Depuis le commencement de juillet jusqu'à décembre, elle ne suivit aucun traitement. A ce moment elle avait une ou deux fois ressenti la sensation de l'approche d'une attaque. Sa sœur, à qui j'avais montré le point où le traitement devait être exécuté et la manière dont il devait être appliqué, arriva cependant à l'arrêter.

Le traitement fut très simple. La malade était couchée dans son lit, sur le dos. Je lui appliquai des frictions avec la main gauche sur le grand nerf sciatique, au niveau du point où il sort du bassin, et avec la main droite sous la plante des pieds, sur le nerf plantaire. Elle ressentait très vivement les frictions.

Dans le creux poplité, au niveau de sa partie supérieure, le nerf se divise en deux branches, les nerfs poplités **interne** et **externe**.

L'interne, qui traverse directement le creux poplité est facile à sentir; on ne rencontre que peu ou point de difficultés pour exécuter des frictions sur ce nerf. Lorsqu'il est descendu dans le mollet et devenu le *nerf tibial postérieur* et qu'il est recouvert par les larges muscles de cette région, nous devons prendre garde que ces muscles ne se déplacent en même temps que nos doigts. Derrière la malléole interne, il est situé, ainsi que l'artère, tout à fait superficiellement entre les tendons du long fléchisseur des doigts et le long fléchisseur du gros orteil. Les vibrations sur ce nerf, dans cette position, produisent la même sensation de picotement que l'on éprouve lorsqu'on se frappe le coude légèrement. En tendant et en

renversant le pied, nous pouvons suivre le nerf jusqu'à sa division en *nerfs plantaires interne ou externe*, où de fortes frictions produisent une douleur marquée.

Le **nerf saphène externe** est placé superficiellement dans la région moyenne du mollet; comme c'est un nerf sensitif, nous opérons de bas en haut, pendant que nous appliquons de légères vibrations.

Le nerf **poplité externe** se trouve le plus facilement derrière la tête du péroné et les frictions exécutées en ce point produisent une sensation de picotement dans le pied.

Nerf crural antérieur.

Nous pouvons facilement reneontrer ee nerf dans le triangle de Searpa et exéeuter sur lui des frietions. En nous portant à partir de ee nerf vers le bas, et vers le côté interne de la euisse et du genou, nous rencontrons le **saphène interne**, qui est un nerf purement sensitif et sur lequel, par eonsèquent, les vibrations à direction eentripète ont une action plus active.

Nerf cutané externe.

On observe parfois des douleurs névralgiques de cette branche du plexus lombaire. Nous trouvons le nerf à un pouce environ au dessous de l'épine antéro-supérieure de l'iliaque.

Nerf obturateur.

Pour atteindre ce nerf nous devons fléchir la cuisse et la mettre un peu en adduction. Il sort du trou obturateur au niveau de son bord supérieur et c'est en ce point que nous devons le chercher.

Nerfs sensitifs du pied.

En nous portant en avant et au dessous de la malléole externe, nous pouvons facilement suivre le saphène externe, situé à environ un demi-pouce ou plus au-dessus du bord externe du pied.

Les autres branches sensitives, sur le dos du pied, proviennent du nerf cutané externe et des branches terminales du tibial antérieur ; ce dernier émerge entre le premier et le second orteil. Nous pouvons stimuler ces nerfs en passant simplement avec rapidité le dos de l'ongle transversalement à la surface.

Sous le pied, nous pouvons appliquer des vibrations sur le nerf plantaire externe. Les fascias et les muscles plantaires doivent être relâchés, ce qui peut se faire en étendant et en ramenant légèrement le pied en dedans. A partir du tubercule du scaphoïde, et à trois quarts de pouces environ du bord interne du pied, les frictions exécutées transversalement passeront sur le nerf plantaire externe et y déterminent de la douleur, qui n'est pas seulement ressentie localement, mais aussi en avant jusqu'aux orteils. Si nous faisons des frictions, nous passons en avant sur le premier espace métatarsien, et l'on détermine la même sensation.

J'ai souvent fait disparaître par les frictions sur ces nerfs la rigidité de la jambe dans des cas de paraplégie spasmodique, et fait diminuer ou disparaître les douleurs sciatiques. Je les applique toujours ainsi dans l'ataxie locomotrice, combinées avec les tapotements sous la plante du pied.

NERFS DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

Nous pouvons atteindre toutes les branches du plexus brachial, soit juste au-dessus de la clavicule, à la base du triangle postérieur du cou et exécuter des frictions d'avant en arrière ; ou bien nous pouvons écarter le bras légèrement, appliquer nos doigts au sommet de l'aisselle et exécuter la manipulation en ce point.

Nerf circonflexe.

Le nerf passe à travers l'espace quadrilatère formé par les deux muscles ronds avec l'humérus et le long chef du muscle triceps et, plongeant au-dessous du deltoïde, il entoure le col de l'humérus. Le bras est en légère abduction ; nous sentons la tête de l'humérus dans l'aisselle, et nous nous assurons de la position exacte du col de cet os. On tient les doigts comme le montre la fig. 38 et on exécute les frictions de haut en bas ; on prend vis à vis des tissus intermédiaires les mêmes précautions que dans toutes les autres parties du corps.

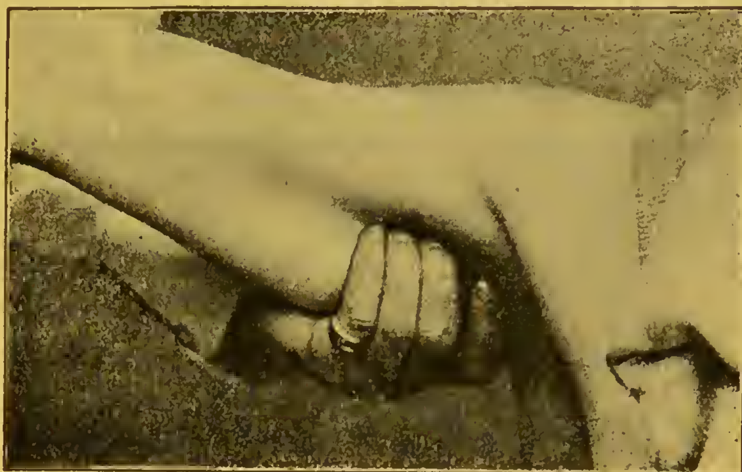
Nerf médian.

J'ai déjà dit ailleurs comment on trouve ce nerf. Nous pouvons facilement le suivre dans tout son trajet le long du membre supérieur. Mais lorsque nous le recherchons au-dessous du pli du coude, nous devons légèrement fléchir le bras, car la puissante aponévrose placée au devant du coude nous empêche de l'atteindre.

Il est situé au côté interne du muscle biceps et en est séparé par l'artère. Les pointes des doigts sont placées

juste en dedans du tendon et la friction est exécutée de dehors en dedans.

Fig. 42.

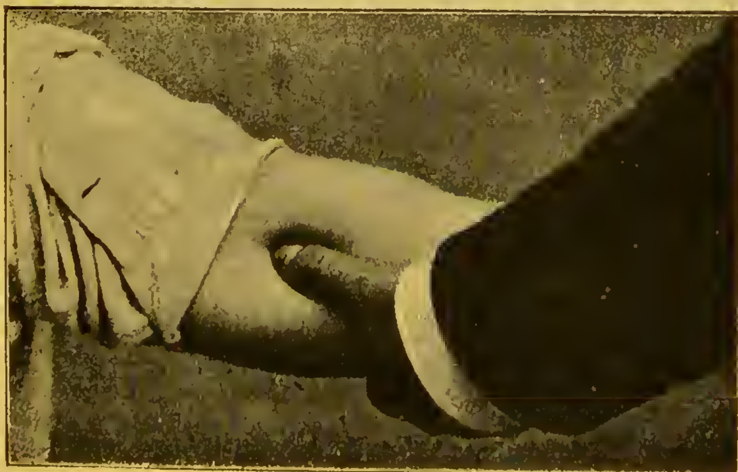


Nerf musculo-spiral.

On trouvera ce nerf au point où il émerge de dessous le chef externe du muscle triceps et dans son trajet vers le bas, entre le brachial antérieur et le long supinateur (fig. 43).

Il est nécessaire d'abord, de porter le bras en abduc-

Fig. 43.

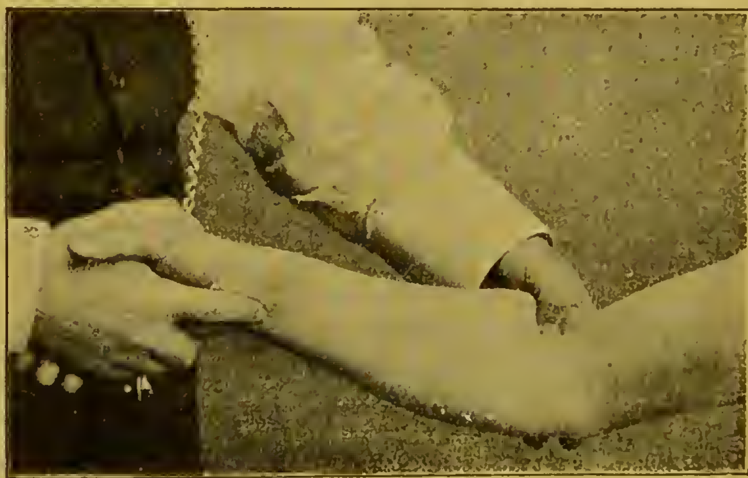


tion ; on fait alors légèrement fléchir l'avant-bras vers le haut, parce que, autrement, nous ne pourrions pas trouver le nerf, si notre malade est un peu musclé. Pour bien exécuter les frictions, on se servira de la dernière phalange du pouce. La sensation de picotement que le malade perçoit dans le pouce et même sur le dos de la main, est le signe que la friction a été exécutée correctement.

Nerf radial.

Cette branche, qui représente le prolongement sensitif du nerf musculo-spiral (tronc du radial) peut être traitée juste au-dessous du pli du coude. On fait replier le bras, afin de relâcher le muscle long supinateur.

Fig. 44.



On place la dernière phalange du pouce sur le bord interne de ce muscle et on l'insinue un peu au-dessous de lui (fig. 44).

En même temps que nous portons rapidement en pronation l'avant-bras du patient, nous faisons des frictions

vers l'extérieur avec le pouce. Ces frictions se produisent sous le muscle et sur le nerf.

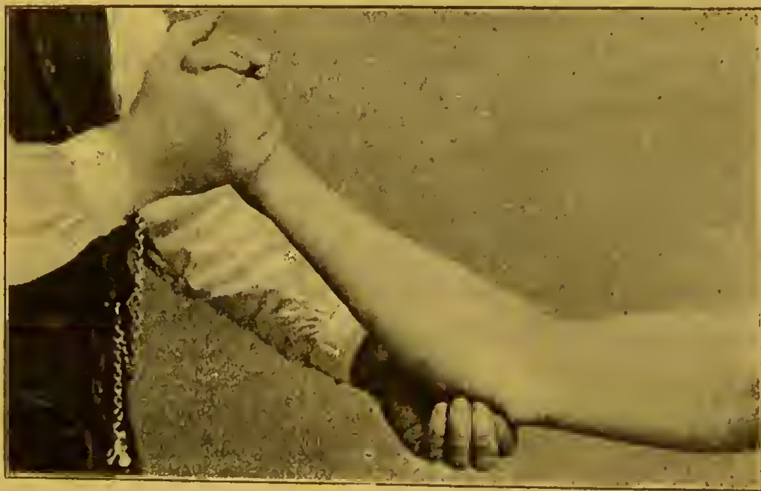
Nerf postérieur interosseux du nerf musculo-spiral.

Nous devons d'abord trouver la tête du radius. A peu près à un pouce au-dessous et entre le radius et le cubitus; la friction ou la pression produisent une douleur forte et particulière, qui est ressentie vers le bas jusqu'au coude.

Nerf cubital.

Nous devons sentir ce nerf dans son sillon, derrière le condyle interne de l'humérus. Les bords osseux saillants qui limitent ce sillon empêchent, dans une certaine

Fig. 45.



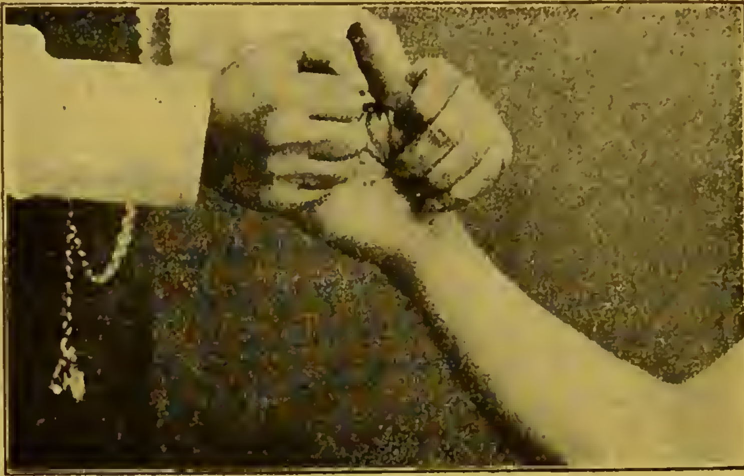
mesure, l'application d'une bonne friction. Pour cette raison, je l'applique toujours plus bas, au point où le nerf est complètement libre (fig. 45).

Dans ce cas, il vaut mieux aussi plier légèrement les bras. Le picotement dans le petit doigt et l'annulaire cor-

respond, pour ce nerf, aussi bien que pour les autres nerfs du bras, exactement à sa distribution.

Dans la main, nous retrouvons encore le *nerf médian*. Il sort juste au-dessous du bord inférieur du ligament

Fig. 46.



annulaire antérieur, où le nerf se divise pour former les branches digitales, et envoie les cinq filets musculaires.

La main du patient doit être pliée. La fig. 46 montre comment la friction ou la pression est appliquée. Elle est très vivement ressentie.

Les frictions en ce point font ouvrir la main contractée chez les malades atteints de spasmes et d'hémiplégie.

EXTENSION PASSIVE DES MUSCLES.

On fait l'extension passive jusqu'à la limite naturelle des muscles; elle doit être passagère et non continue. L'extension détermine la compression des vaisseaux sanguins, les nerfs et les muscles sont excités en même temps directement. Après que le mouvement est terminé, il se produit un afflux sanguin, à la suite duquel les échanges nutritifs deviennent plus actifs. Il y a longtemps que l'on sait que si un muscle est tendu dans certaines limites, et pendant un temps pas trop considérable, il devient plus sensible aux autres excitations mécaniques et se contracte avec plus de force. Lorsqu'on emploie les exercices de Ling, on a généralement l'habitude de faire précéder un mouvement actif de l'extension passive et de maintenir l'extension pendant le mouvement. En faisant cette application, on observe souvent que des muscles, en apparence sans énergie, sont capables de réagir contre de légères résistances, parfois immédiatement, parfois déjà après un court traitement.

Cette extension passive est intermédiaire entre les mouvements actifs et passifs, et, au début du traitement, dans beaucoup de cas, elle est employée à la place de ces derniers, jusqu'à ce que la force commence à revenir dans les muscles affectés.

L'expression « maintenir l'extension pendant le mouvement » peut sembler un peu extraordinaire au premier abord. Je vais donc essayer de l'expliquer :

Supposons qu'il s'agisse des mouvements d'adduction et d'abduction du membre supérieur, le malade résistant pendant le premier mouvement, l'opérateur pendant le second. L'articulation de l'épaule est le centre autour

duquel s'opère le mouvement ; le membre supérieur est le rayon, avec le coude comme point terminal. (On suppose que l'avant-bras est replié sur le bras). L'opérateur se tient derrière le patient, saisit son coude, l'abaisse et le tend vers le bas en même temps. Naturellement, afin de pouvoir exécuter ce mouvement, il ne tient pas son bras perpendiculaire à celui du patient, mais plutôt dans la même direction que le sien. Lorsque l'abduction commence, il ne change pas la position relative des bras, ou du moins très légèrement, il ne fait pas la résistance à angle droit, mais sous un angle plus petit. Plus l'angle est petit, plus l'extension pendant le mouvement est forte, et plus les muscles sont excités à la contraction.

Il y a une autre raison, très importante, pour que nous considérions comme une règle, lorsque l'articulation est prise tout entière, d'employer l'extension passive dans tous les mouvements, soit passifs soit actifs, exécutés sous résistance. En agissant ainsi, nous éloignons les surfaces l'une de l'autre, la friction est ainsi diminuée, et le mouvement qui, dans les circonstances ordinaires, serait douloureux, peut être appliqué sans aucune douleur ; il peut avoir aussi une étendue plus grande, sans qu'aucune irritation s'ensuive.

QUELQUES AUTRES MOUVEMENTS PASSIFS.

Ces mouvements sont : la rotation (circumduction), l'extension, la flexion, au niveau des diverses articulations, etc. On les emploie particulièrement pour diminuer la raideur, détruire les adhérences, etc., dans les jointures; mais il est aussi évident qu'ils agiront aussi plus ou moins sur la circulation, suivant la position qu'occupe le membre ou le segment du membre pendant qu'il se déplace, et aussi par l'extension intermittente et le relâchement des veines des lymphatiques et des vaisseaux capillaires dans les muscles. Prenez, par exemple, la rotation de la jambe (fig. 52). Si nous faisons ce mouvement lentement, le sang est graduellement entraîné vers le cœur. Mais, au fur et à mesure que la rapidité de l'exercice augmente, le courant s'active, les muscles sont stimulés, le courant se précipite, il se produit une activité plus grande des échanges dans les tissus, etc., et nous obtenons une action à peu près aussi énergique que si nous exécutions un mouvement actif.

Lorsqu'il existe de la douleur dans l'articulation, ou si le patient est atteint d'une maladie de cœur, la rapidité est naturellement contre indiquée, mais seulement dans ces cas.

Il est nécessaire d'être bien maître de l'articulation dans laquelle s'opère le mouvement. On obtient ce résultat soit par la position que prend le malade, soit par les mains de l'opérateur. Si l'on ne prend pas cette précaution, le mouvement ne peut pas être bien exécuté et bien réglé ; il devient incertain et peut même produire des effets fâcheux.

Comme la position du malade et que l'application des mains de l'opérateur sont les mêmes ou à peu près, dans les extensions et les flexions passives, que dans les mêmes mouvements actifs exécutés sous l'effort d'une résistance, à l'exception de ceux de la tête, je les décrirai en même temps que ces derniers exercices, et je me bornerai ici à quelques rotations et à quelques mouvements généraux de la tête.

Rotation de la tête.

Le patient est assis et l'opérateur se tient debout à son côté. Une main est placée sur le front, l'autre sous l'occiput. La tête repose sur cette dernière que l'on tient à peu

Fig. 47.



près fixe, tandis que la main placée sur le front exécute le mouvement. La main placée sous l'occiput limite le mouvement presque entièrement à l'articulation occipito-atloïdienne (fig. 47). On doit bien fixer la tête du patient et tendre le cou avant que le mouvement ne commence.

Dans la rotation, l'articulation occipito-atloïdienne sert de point d'appui et le front se déplace vers la périphérie.

Le mouvement peut être presque entièrement limité à cette articulation, ou bien on y joint quelques articulations intervertébrales du cou.

L'action de ce mouvement varie suivant l'étendue du cercle que décrit le front. Lorsque ce cercle est petit et que le cou est bien tendu, les veines sont allongées et le sang s'écoule plus rapidement de la tête, mais dès que le cercle grandit, les muscles qui croisent la veine jugulaire interne et le fascia cervical, déterminent une pression lorsque la tête est portée en arrière. Cette pression s'accroît dans la même proportion que l'aire du mouvement et elle empêche le sang de s'écouler de la tête.

Le mouvement peut donc, à notre gré, être réglé de façon à augmenter ou à diminuer la quantité du sang dans le cerveau.

Torsions latérales de la tête et inflexions en avant.

Les mains ont presque la même position que pour la circumduction (fig. 48). Pendant les mouvements latéraux, les deux mains sont également actives, tandis que, pendant

Fig. 48.



le mouvement dans le plan médian, on se sert surtout de la main postérieure.

Pour accélérer l'écoulement du sang du cerveau, la tête, comme dans la rotation, est maintenue droite et le cou tendu; avant de commencer ces mouvements et pendant ce temps, on applique de légères vibrations, avec la main, sur le front.

Avant de courber la tête en avant, on doit l'incliner un peu en arrière, l'extension du cou et l'inclinaison du cou en arrière amènent, ainsi que nous l'avons déjà dit, un allongement des veines que détermine une aspiration du sang. Ces mouvements remplissent le but que l'on se propose, c'est-à-dire qu'ils agissent directement sur le courant sanguin. On les emploie également dans le torticolis, par exemple rhumatismal. Dans ce cas, on doit prendre soin de tendre le cou, ainsi que nous l'avons indiqué, mais alors, pour une raison entièrement différente; c'est-à-dire, parce qu'il est toujours nécessaire, lorsque l'on fait mouvoir une articulation, d'écarter les deux surfaces adjacentes, afin de leur permettre d'exécuter plus librement leurs mouvements et d'éviter autant que possible la douleur. Ces mouvements sont précédés du pétrissage ou de la vibration nerveuse, suivant le cas.

Rotation de l'articulation de l'épaule.

Le patient est assis, pendant que l'opérateur se tient debout derrière lui, et si l'articulation est prise à quelque degré que ce soit, on fixe complètement le dos du patient. On place une main sur l'épaule, l'autre au-dessous du coude, comme le montrent les fig. 49 et 50.

La main placée sur l'épaule, sert à arrêter les mouvements, et nous pouvons ainsi, c'est-à-dire immédiatement après qu'une luxation a été réduite, exécuter cet exercice.

sans aucun danger que la tête de l'humérus sorte de nouveau. Et, lorsque l'os doit être remis en place, nous

Fig. 49.



appuyons les doigts ou le pouce sur la tête de l'os et nous le guidons dans sa course.

Fig. 50.



Cette manipulation peut faire partie d'un traitement général. Le patient est alors assis, sans s'appuyer le dos.

sur une chaise basse. L'opérateur place un genou entre les épaules, afin de repousser la poitrine en avant ; en opérant ainsi, il la développe largement, ce qui permet d'exécuter des mouvements de respiration plus profonds pendant le mouvement.

On saisit les mains du malade comme dans la fig. 64 et pendant la circumduction les coudes sont bien ramenés en arrière. On exécute la rotation des deux bras en même temps.

Lorsque le coude est atteint et lorsque la raideur domine dans l'articulation du coude, non seulement par suite du manque d'exercice, mais aussi par suite de la mauvaise exécution du bandage, il ne suffit pas de placer la main sous le coude, comme dans la fig. 50, pendant que l'on exécute la rotation au niveau de l'articulation de l'épaule, parce qu'on laisse ainsi l'avant-bras et la main trop libres. Ayant donc d'élever le bras du patient pour commencer la circumduction, je place mon propre avant-bras, la main étendue, sous celui du malade. De cette manière, je le soutiens complètement depuis le coude jusqu'à la main. Comme mon propre bras est nécessairement replié au niveau du coude, on voit qu'il forme pour ainsi dire une attelle pliée, tant que dure la circumduction, et que les deux articulations du poignet et du coude sont complètement fixées par la contraction, disposition évitant la douleur qui, autrement, empêcherait toute tentative de mouvements de circumduction, au niveau de l'articulation de l'épaule. Pendant le mouvement, le bras du patient et le mien se déplacent comme s'ils n'en faisaient qu'un seul. Il est évident qu'en maintenant les bras dans les mêmes relations réciproques, on peut exécuter n'importe quel autre mouvement passif au niveau de l'articulation de l'épaule.

Rotation des articulations du poignet.

L'opérateur se tenant debout en face du patient saisit avec une main l'avant-bras, juste au dessus du poignet, tandis qu'avec l'autre il tient suspendue la main du patient,

Fig. 51.



comme dans la fig. 51, qui démontre aussi très bien la vigoureuse extension que l'on exécute avant de commencer le mouvement.

Rotation au niveau de l'articulation de la hanche.

Le patient est placé complètement ou à demi dans le décubitus dorsal ; avec une main, nous saisissons le talon, le poignet et l'avant-bras sont appliqués contre la plante du pied. L'autre main, qui fixe l'articulation du genou, est placée sur le genou, un peu en dehors (fig. 52).

La main sur le pied exécute le mouvement tandis que l'autre sert à le guider.

Si l'on ne doit agir que sur l'articulation de la hanche,

la circumduction n'a pas besoin d'être aussi étendue, mais si nous voulons également agir sur l'articulation du genou, ou si nous l'appliquons pour la jambe en général, nous

Fig. 52.



devons alors exécuter une extension complète, au niveau de l'articulation du genou, dans l'intervalle de chacun des mouvements de rotation.

Rotation au niveau de l'articulation de la cheville.

La jambe du patient est placée sur le genou de l'opérateur, de façon que l'articulation de la cheville repose exactement sur lui. Si, maintenant nous saisissons les malléolles avec une main, il est clair que nous sommes absolument maîtres de l'articulation. La seconde main exécute la rotation et est placée sur le pied, comme le montre la fig. 53.

La fig. 54 montre où nous plaçons les doigts lorsque nous appliquons les mouvements passifs au niveau des *articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations phalangiennes*. Si, au lieu de tenir l'index

par la première phalange, nous le saisissons par l'extrémité, nous aurions alors deux articulations intermé-

Fig. 53.



diaires sur lesquelles nous n'agirions pas directement, ce qui causerait une grande faiblesse et un grand désavantage.

Fig. 54.



Le nombre des fois que ces mouvements doivent être exécutés, varie avec la partie et aussi avec l'état des arti-

culations. Il est évident que nous ne pouvons pas exécuter la rotation de la tête aussi fréquemment que celle du bras et de la jambe et que dans ce dernier cas, nous devons le faire moins souvent dans les états aigus que dans les états chroniques, ou lorsque la rotation fait partie d'un traitement général.

Toutes les fois que nous employons ces mouvements de circumduction ou d'extension et de flexion, nous devons toujours porter chacun de ces mouvements individuels à ses extrêmes limites, en faisant cependant exception pour la tête où, par exemple, la rotation doit être plus étendue, dans le cas d'anémie que d'hyperémie cérébrale.

MOUVEMENTS ACTIFS

Lorsqu'un muscle se contracte, les veines et les lymphatiques sont nécessairement comprimés et plus ou moins vidés, tandis que dès que le muscle se relâche, il est pénétré d'un flot plus considérable d'un sang oxygéné, et il est le siège, par conséquent, d'une nutrition meilleure et d'un accroissement des fibres musculaires déjà existantes ; et si on répète la contraction de temps en temps, en prenant garde naturellement de rester toujours dans des limites physiologiques, de façon à ne pas épuiser le muscle, de nouvelles fibres musculaires se forment.

A la suite de ces deux processus, le muscle devient plus fort et capable d'exécuter un travail supérieur.

Tous les mouvements actifs ont pour effet de développer et de fortifier les tissus.

Mais les mouvements actifs ont, en même temps qu'une action locale, une influence générale.

Il est évident qu'une quantité donnée de sang existant dans le corps, lorsque le sang se porte en plus grande quantité dans une partie du corps, il doit se produire une diminution correspondante dans les autres parties.

C'est dans ce but que nous employons les mouvements actifs.

Comme je l'ai déjà exposé, les mouvements actifs peuvent être :

1° Libres, c'est-à-dire consister en mouvements exécutés par le patient sans aucun secours étranger.

2° Limités, c'est-à-dire consister en mouvements exécutés soit pendant que la fixation et l'isolement sont assurés par un appareil, ou sous l'action d'une résistance.

Les mouvements accomplis sous l'action d'une résistance, sont, à leur tour, subdivisés en :

a) Ceux dans lesquels l'opérateur résiste.

b) Ceux dans lesquels le patient résiste.

On peut faire alterner le second groupe de mouvements pour les mêmes muscles, ainsi qu'il est facile de le comprendre, comme, par exemple, dans le cas de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras, lorsque l'opérateur fait de la résistance à la flexion et le patient à l'extension de l'avant-bras.

Il est nécessaire, avant de commencer chaque mouvement, que le malade ait une position correcte. Je veux dire par là, non seulement une position dans laquelle l'exercice puisse être le mieux exécuté, mais aussi celle dans laquelle la poitrine soit libre, car on doit exécuter en même temps des mouvements respiratoires profonds et réguliers. Dans les mouvements des bras, par exemple, représentés dans les fig. 63 et 64, la respiration doit être réglée de façon que l'on exécute une inspiration profonde lorsqu'on écarte les bras de la poitrine, et une expiration lorsqu'on les rapproche de nouveau ; parce que, dans le premier cas, on dilate la poitrine et que, dans le second, on réduit sa capacité.

En même temps que la circulation est activée, une plus grande quantité de sang est envoyée aux poumons, entrai-

nant avec elle plus d'acide carbonique, et la consommation d'oxygène dans le corps est plus grande, nécessitant ainsi une respiration plus forte et plus profonde.

En réalité, la correction de la position est presque aussi importante que le mouvement lui-même.

Tout exercice actif doit être exécuté ou appliqué lentement, à l'exception de ces mouvements par le moyen desquels nous voulons, grâce à leur extrême rapidité, agir sur la circulation. Après l'exécution d'un mouvement, par exemple de la flexion des bras, le patient reste quelques secondes les bras dans cette position, afin de produire un effet aussi grand que possible.

Nous devons aussi nous souvenir que la puissance musculaire est le plus forte au milieu, le plus faible au commencement et à la fin du mouvement, et, par conséquent, la résistance doit être graduée et doit augmenter et décroître avec l'augmentation et la diminution de la puissance musculaire.

Dans les mouvements actifs libres, il y a peu ou point d'isolement des muscles, mais dans les mouvements limités, nous pouvons naturellement, les restreindre aux muscles que nous désirons.

On répète d'ordinaire les mouvements actifs trois ou quatre fois.

Je vais maintenant décrire quelques-uns de ces exercices :

I. MOUVEMENTS LIBRES.

Flexion en avant et redressement du tronc, les bras étendus (fig. 55).

Le patient reste debout, les pieds réunis, ou bien il les tient écartés de 20 à 24 pouces, comme dans la figure, afin de se donner une base plus large et, de cette façon,

plus de solidité dans le mouvement. On tient les bras tendus, la distance entre les mains correspondant au diamètre transversal de la poitrine.

Avant de commencer le mouvement, le malade se redresse autant que possible, puis fléchit lentement son corps en avant. Il ne doit pas avoir le dos rigide pendant qu'il exécute ce mouvement, parce que tous les segments de la colonne vertébrale deviennent alors immobiles et que le mouvement qui se produit est, dès le début, plus grand au niveau de l'articulation de la hanche et nous avons,

Fig. 55.



pour ainsi dire, seulement une chute en avant du tronc. L'exercice doit, au contraire, commencer au niveau de la partie supérieure de la colonne vertébrale et descendre graduellement vertèbre par vertèbre : et en redressant le tronc de nouveau, c'est au niveau de la partie inférieure

du dos que le mouvement commence et remonte aussi graduellement vers le haut. De cette manière, les fibres musculaires des muscles profonds du dos entrent complètement en jeu et elles agissent comme autant de cordons élastiques, qui, ayant leur résistance (tête et bras) à leur extrémité supérieure, et leur point fixe, sur lequel s'applique leur action en bas, doivent, lorsque le mouvement se produit en avant, nécessairement étendre l'épine plus complètement et dans le cas d'incurvation latérale du dos, produire ainsi la rotation des vertèbres. Le patient doit s'efforcer de rester autant que possible dans le plan axial, afin que les fibres allongées des muscles relâchés puissent rentrer plus effectivement en action.

Le patient, en se relevant, ne doit pas s'arrêter à la position verticale, mais se porter un peu en arrière, afin d'exécuter une respiration plus profonde, en partie afin d'exercer les muscles abdominaux et d'établir, de cette façon, l'égalité entre les antagonistes.

Un mouvement respiratoire très simple, mais qui est loin d'être le moins utile est le suivant : le malade se tient complètement droit, les bras abaissés de chaque côté. Il exécute alors l'exercice suivant : il porte lentement les bras en avant et en haut, maintenant toujours la distance convenable entre les mains, et lorsqu'elles sont en position verticale il les ramène en arrière, en mettant en jeu avec plus d'énergie les muscles des épaules. Lentement, comme on les avait relevés, on porte maintenant les bras en bas et en dehors. Au fur et à mesure que l'on élève les bras latéralement, la poitrine se dilate de plus en plus. Le patient doit faire une profonde inspiration pendant que le mouvement s'achève et ensuite une expiration graduée. On ressent très fortement ce mouvement dans les muscles des épaules, lorsqu'il est bien exécuté. Il est donc indiqué pour tous ceux dont les épaules ont une tendance

à tomber en avant, ainsi que pour les affections chroniques des poumons.

II. MOUVEMENTS LIMITÉS.

A. A L'AIDE D'APPAREILS

Flexion en arrière au niveau de la partie supérieure du dos.

Le patient se tient debout, à une distance du mur un peu moins grande que la longueur de son pied. Il place ses mains sur ses hanches, les coudes et les épaules bien ramenés en arrière, puis il se dresse et se courbe en arrière. Lorsque le mouvement est arrivé à ses extrêmes limites, le patient se renverse en arrière, jusqu'à ce que la face postérieure de sa tête touche le mur près duquel il se tient (fig. 56). Il se relève alors lentement sur ses orteils, et en même temps il exécute une profonde inspiration et se baisse de nouveau avec lenteur.

Pendant ces mouvements les choses se passent essentiellement de la manière suivante : l'action musculaire partant de la colonne vertébrale, consiste en contraction des muscles rhomboïde et trapèze, qui tirent en arrière et fixent les omoplates ; les muscles scapulaires, à leur tour, qui sont fixés à l'humérus, ramènent les épaules en arrière, en même temps que les rotateurs de l'humérus vers l'extérieur déterminent la rotation de cet os en dehors. De cette manière, le thorax est en même temps entraîné mécaniquement en avant et en même temps élevé par les muscles pectoraux.

Comme l'action musculaire active est concentrée en arrière, les muscles augmentent de force en ce point, por-

tent les épaules en arrière et déterminent ainsi l'élargissement du thorax, produisant une respiration plus profonde et plus pleine, ce qui est très favorable pour le poumon.

Si nous prenons donc cette première position comme

Fig. 56.



point de départ et si nous exécutons un mouvement tel que celui représenté dans la fig. 56, lorsque les muscles extenseurs de l'épine dorsale sont aussi mis en jeu avec force, l'effort d'expansion du thorax se trouve porté au maximum.

J'ai observé que l'on commet fréquemment l'erreur de permettre au patient de se courber en arrière dans la région lombaire et non dans les régions plus élevées et entre les omoplates. Dans ce cas, l'expansion forcée du thorax ne se produit pas.

Nous avons affaire à des anneaux mobiles, formés chacun d'une vertèbre et d'une paire de côtes. Comme les apophyses supérieures sont rapprochées l'une de l'autre par la flexion en arrière, si petite qu'elle soit, les segments plus libres des anneaux peuvent s'écarter davantage et les espaces qui les séparent s'élargir. La poitrine se dilate largement, et cet exercice est donc un puissant mouvement respiratoire.

Extension et flexion du genou.

Le patient est debout sur un pied, derrière le dossier d'une chaise, et il se retient par les mains au dossier (fig. 57).

Fig. 57.



Mais la position correcte consiste à tenir les bras tendus en avant depuis les épaules et à saisir avec les mains quelque

objet fixe et situé au même niveau. Pourquoi doit-on tenir les bras tendus horizontalement en avant? Parce qu'alors le patient se tient droit, et que nous avons la distance normale entre les deux insertions des muscles du jarret. Dans la fig. 57, cette distance se trouve augmentée en raison de la flexion du corps en avant. Ainsi qu'on le voit, cette position peut convenir pour appliquer le tapotement des régions, périnéale, sacrée et fessière. L'opérateur, pendant qu'il applique le tapotement, se tient debout du côté opposé à celui de la jambe qui est levée. Dans le cas représenté fig. 57, il se tiendrait donc à gauche du patient.

Lorsque l'articulation du genou est raide, il doit se placer du côté du membre malade. Le patient doit tendre la jambe autant que cela lui est possible, et lorsqu'il est arrivé aux limites de l'extension, nous augmentons encore l'extension de l'articulation du genou. En appliquant la main dessus, plaçant l'autre sur les fesses, et en tirant en arrière, nous étendons passivement les muscles du mollet, pendant que la main placée sur le genou appuie vers le bas. J'ai souvent observé le redressement complet du genou dans des cas où, en raison de la rigidité des muscles, le patient lui-même était complètement incapable d'exécuter ce mouvement.

Le patient tient son genou étendu pendant un moment, et il le courbe alors jusqu'à ce que la cuisse et la jambe soient au moins à angle droit l'une par rapport à l'autre, et que le relâchement complet des muscles se soit produit. Parfois, naturellement, nous devons commencer par le pied tout-à-fait bas, au niveau du plancher, et le travailler graduellement en remontant, à mesure que l'état du patient s'améliore, jusqu'à ce que nous puissions étendre son genou, lorsque le pied est placé à la même hauteur que l'articulation de la hanche.

L'action sur les muscles, vaisseaux sanguins et nerfs de la partie postérieure de la cuisse et de la jambe, particulièrement de la jambe, est très énergique. On augmente beaucoup l'effet du mouvement, surtout sur les muscles du mollet, en déprimant le talon après que le genou a été étendu.

Le membre sur lequel le patient se tient appuyé doit être complètement tendu, autrement l'exercice perd une grande partie de son effet utile.

On emploie plus spécialement ce mouvement dans la contraction des muscles du jarret et du mollet, la raideur et les autres affections de l'articulation du genou, et dans la sciatique.

Nous exécutons par ce mouvement une extension non sanglante du nerf, exactement aussi efficace que l'opération chirurgicale, et certainement moins aléatoire et moins douloureuse pour le patient. A mon avis, l'opération chirurgicale pour l'extension du nerf, dans la sciatique, est absolument injustifiable, si ce n'est pour des chirurgiens tout à fait ignorants du traitement manuel et de ses applications. Parfois l'opération ne donne pas de résultats ; il n'en est jamais ainsi du traitement manuel.

Extension des muscles du mollet.

Si, nous tenant debout, les jambes bien droites, nous faisons une forte flexion du pied, les muscles du mollet sont étendus et le mouvement s'opère jusqu'à ce qu'il s'arrête, en partie par l'enfoncement de l'astragale entre les malléoles et en partie par la tension des muscles du mollet. Nous pouvons augmenter l'intensité de ce mouvement en plaçant le pied par exemple contre un mur, sous un angle de 45°, ou contre quelque autre objet situé sous le même angle, et alors le genou étant tendu,

déplacer tout le corps en avant (fig. 58). On sent très fortement l'extension dans les muscles du mollet. Si on plie le genou, le mouvement perd son effet, parce que les points d'attache des muscles se rapprochent l'un de l'autre.

Fig. 58.



On emploie surtout ce mouvement pour produire les excitations musculaires et nerveuses, et dans la roideur de l'articulation de la cheville.

Soulèvement des jambes et du tronc pendant le décubitus dorsal (fig. 59-60).

Nous avons là deux mouvements représentés pendant leur exécution, dans lesquels les muscles psoas et iliaque jouent le principal rôle, mais dans lesquels les muscles des extrémités inférieures fonctionnent également, le point

fixe est seulement renversé. Le patient doit d'abord s'étendre bien droit dans le décubitus dorsal. Dans la fig. 59, il élève la jambe jusqu'à l'angle droit, ou même le

Fig. 59.



dépasse. Dans la fig. 60, il élève graduellement le tronc jusqu'à ce qu'il se trouve assis. Dans l'exercice représenté fig. 59, nous fixons parfois le patient en appuyant nos mains sur les coudes, tandis que, pendant l'élévation du tronc, nous saisissons ses chevilles, et, dans les deux cas, isolons les muscles psoas et iliaque par une profonde respiration abdominale.

Il est facile de comprendre la nécessité de profonds mouvements respiratoires, car les muscles des extrémités inférieures sont plus ou moins actifs, et maintiennent les genoux et les chevilles fixés, de telle sorte que le psoas et l'iliaque peuvent avoir une insertion fixe, d'où part leur action. Pendant qu'ils se contractent ils compriment les vaisseaux, et le sang est en grande partie entraîné hors de la région lombaire. Si, au contraire, comme cela arrive souvent, le patient retient sa respiration, le sang ne pénètre

pas aussi facilement dans les poumons, et si l'on ajoute à cela la pression des muscles abdominaux, le cœur droit se trouve surchargé de sang veineux. Nous avons donc aussi une pression centrifuge du sang dans les vaisseaux de la tête et du cou.

Ces mouvements sont exécutés très lentement, et dans les deux cas nous faisons arrêter le patient lorsqu'il se trouve arrivé à divers angles avec le plan sur lequel il repose. On augmente ainsi considérablement le travail musculaire.

Nous pouvons, dans le mouvement représenté fig. 60, augmenter le travail en croisant les mains derrière le cou

Fig. 60.



et aussi en tenant les bras étendus. Les patients, lorsqu'ils commencent à se sentir fatigués par la prolongation de l'exercice, ont l'habitude de ramener les épaules en avant : ceci ne doit être toléré dans aucun cas.

Après chaque exécution de ce mouvement, le patient doit, en revenant à sa première position, respirer profondément une ou deux fois, afin de reposer le cœur droit, qui est en état de congestion passive. Et cela est d'autant

plus nécessaire que les muscles abdominaux ont joué un rôle prépondérant comme élévateurs du tronc et que la respiration thoracique, qui se produit alors pendant le mouvement, est très limitée.

On emploiera le soulèvement du tronc par les muscles abdominaux comme agents actifs, chez les patients atteints de relâchement de la paroi abdominale et dans la constipation. Les deux mouvements permettent d'agir sur les organes abdominaux. On peut aussi les appliquer contre les douleurs et la faiblesse rhumatismales dans la région lombaire.

Dans la position occupée par le malade et représentée fig. 59, on peut exécuter un mouvement agissant sur les muscles adducteurs de la cuisse ; ce mouvement peut être facilement exécuté simplement en écartant lentement les jambes aussi loin que possible et en les rapprochant alors de nouveau avec la même lenteur.

Extension du dos dans le décubitus ventral.

Dans la fig. 61, nous voyons un mouvement qui agit spécialement sur les muscles du dos et aussi sur ceux de la face postérieure de l'extrémité inférieure. Le patient est couché en pronation, les mains fixées sur ses hanches, les doigts en avant et les pouces en arrière. Si les doigts étaient placés dans la position inverse, il en résulterait que les épaules seraient portées en avant et que la poitrine serait comprimée. Au contraire, les épaules doivent être bien ramenées en arrière, et l'on doit exécuter de profonds mouvements respiratoires, car c'est non seulement un mouvement pour le dos, mais, secondairement aussi, pour la poitrine.

On l'emploie après le tapotement du dos ou seul, pour produire l'excitation musculaire, et dans un traitement général.

Lorsque le patient est accoutumé à cet exercice, il applique ses mains sur son cou, ou bien les étend en avant, parallèlement aux oreilles.

Fig. 61.



B. MOUVEMENTS EXÉCUTÉS SOUS LA RÉSISTANCE SOIT DU PATIENT SOIT DE L'OPÉRATEUR.

Flexion et extension du cou.

Le patient se tient tout à fait droit, les mains appuyées contre le mur de la pièce. L'opérateur place ses mains bien au-dessous de la base de la tête du patient, la région thénar de la paume de la main appuyée de chaque côté sur l'apophyse mastoïde, et les pouces appliqués horizontalement sous l'occiput. Le patient résiste alors pendant que l'opérateur courbe la tête en avant, après avoir, au préalable, bien tendu le cou (fig. 62). Lorsque le mouvement atteint sa limite antérieure, le patient, à son tour, redresse la tête, l'opérateur exerçant une résistance.

Ce mouvement agit sur les muscles de la partie postérieure du cou, en général, mais son influence se fait aussi ressentir dans la partie supérieure du dos. Ce mouvement a une influence directe sur la circulation du cerveau par

Fig. 62.



l'alternance de relâchement et de contraction des grosses veines de la région du cou. Si nous voulons limiter le mouvement à un seul côté du cou, par exemple dans le rhumatisme du côté droit, le patient tourne son visage vers la droite et l'incline en arrière. Nous n'employons alors qu'une main, et nous plaçons l'autre sur le côté opposé où elle doit remplir le rôle de soutien pendant la manipulation.

Porter les bras en avant et en arrière dans le plan horizontal.

Le patient peut se tenir assis, le dos fixé, ou se tenir debout sans appui. S'il se tient debout, il doit placer un pied en avant, à la distance d'un pas ordinaire, afin d'assurer la position. Exécuté de cette façon, le mouvement est

beaucoup plus énergique. L'opérateur, en face de lui, place ses mains comme dans la fig. 63.

Le patient ramène les bras en arrière, en luttant contre la résistance, et résiste lui-même, pendant que ses bras sont ramenés en avant par l'opérateur.

Comme nous le voyons par la forme de ce mouvement,

Fig. 63.



il agit plus spécialement sur les muscles qui passent entre les omoplates et l'humérus ; mais comme les muscles rhomboïde et trapèze insérés sur l'épine dorsale sont presque aussi tendus, afin de donner aux autres muscles un point fixe, sur lequel ils s'appuient dans leur travail, l'action de ce mouvement exerce une influence marquée sur les deux groupes de muscles.

Exécuté avec les deux bras simultanément, c'est nettement un mouvement pour la poitrine, par la traction en arrière qu'il exerce sur les épaules et par l'élévation qu'il imprime au thorax. Exécuté avec un seul bras à la fois, il corrige la rotation dans les déviations latérales de l'épine dorsale.

Extension et flexion des bras.

Le patient est assis sur une chaise basse. L'opérateur appuie son genou contre le dos du patient, entre les deux épaules, afin de le fixer, et pour aider le développement de la poitrine. La fig. 64 montre comment on saisit les

Fig. 64.



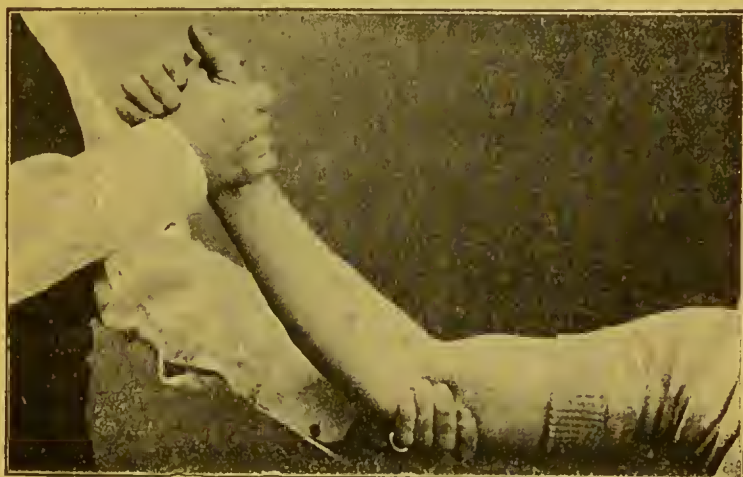
mains, les coudes sont tournés en dehors, et, par conséquent, les épaules sont portées en arrière. Le patient élève ses bras en les redressant et les abaisse de nouveau. L'opérateur résiste aux deux mouvements.

Ce mouvement agit sur les bras et aussi sur la poitrine, en augmentent l'expansion.

Extension et flexion de l'articulation du coude.

Le patient est assis ou se tient debout. Avec une main nous saisissons le coude, afin d'être maître de cette articulation et avec l'autre, la main et le poignet, comme on le voit fig. 65.

Fig. 65.



Le mouvement y est représenté, le bras se trouvant dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, afin que l'on puisse faire agir plus particulièrement le muscle long supinateur. Nous opposons de la résistance tant à la flexion qu'à l'extension, ou bien le patient résiste dans les deux mouvements.

On l'emploie contre la raideur de l'articulation du coude, pour stimuler les muscles, etc.

Extension et flexion de l'articulation du genou.

L'opérateur place le genou du patient sur sa cuisse, applique une main sur cette articulation et l'autre sur le

dos du pied (fig. 66). Le patient étend et fléchit sa jambe pendant que le patient résiste. Pendant la flexion du

Fig. 66.



membre, la main appliquée sur la face dorsale du pied est placée derrière le talon et l'articulation de la cheville.

Extension de la colonne vertébrale.

Je ne me rappelle pas avoir vu exécuter ce mouvement à Stockholm, mais mon frère l'emploie toujours dans les déviations de l'épine dorsale.

Le patient se tient debout, aussi droit que possible, le dos appuyé au mur de la pièce (fig. 67). L'opérateur se tient debout, en face de lui. Il applique une main sur la tête du patient, pendant qu'avec l'autre main il la fixe.

(Dans le dessin, la main gauche est assez maladroitement appliquée). Il appuie alors vers le bas ; en même temps, on ordonne au patient de se redresser autant qu'il lui est possible. Le sommet de la colonne étant ainsi fixé, les

Fig. 67.



muscles courts et profonds du dos prennent leur point d'insertion fixe en haut, et agissent ainsi de haut en bas, tandis que les muscles inférieurs agissent de bas en haut.

Dans un cas de déviation de l'épine dorsale, les faisceaux des muscles dorsaux profonds qui s'étaient affaiblis et allongés, étaient de cette manière mis en action. Nous devons prendre soin de ne pas fléchir la tête en avant pendant l'exercice, car le mouvement perd alors toute son efficacité, parce que le point fixe supérieur est déplacé et, au lieu d'agir sur toute la colonne vertébrale, en la ten-

dant et l'étendant, ainsi qu'en ramenant les vertèbres vers leur position normale, il produit simplement une courbure en avant de la colonne vertébrale, sans la moindre tendance à la correction de la curvation pour laquelle on l'applique.

Torsion du tronc dans la position assise.

Le patient est assis sur une chaise basse. On doit fixer les pieds par quelque procédé ou bien un assistant doit fixer les genoux; autrement, le mouvement n'est pas limité au tronc. Il tient ses mains croisées derrière le cou, est assis le dos complètement droit et la tête bien en arrière. L'opérateur applique ses mains sur les coudes du patient (~~fig. 68~~). (fig. 64).

Fig. 68.



Le mouvement commence alors ; le patient se tourne vers l'un des côtés (le gauche dans la figure) et la résistance est exécutée par l'opérateur, avec sa main gauche en arrière, sa main droite en avant. Cette résistance doit être égale des deux côtés. Lorsque le patient s'est tourné autant que possible, il se retourne en avant, toujours sous la résistance, qui, cependant, s'est modifiée ; elle est en avant du côté gauche, en arrière du côté droit. Lorsqu'il est assis de nouveau, le visage directement dirigé en avant, on laisse quelques secondes de repos et on recommence de même du côté opposé.

Si nous nous rappelons la disposition des muscles du tronc, nous comprendrons le grande efficacité de cet exercice. Les fibres du muscle oblique externe de l'abdomen s'insèrent en bas à la crête de l'iliaque du côté droit, et de là se dirigent en haut et en arrière. Dans la région du thorax les muscles intercostaux externes ont la même direction ; encore plus en arrière les courtes fibres qui constituent les grands muscles rotateurs obliques de l'épine dorsale présentent la même disposition ; et nous devons aussi nous rappeler qu'en avant nous avons l'oblique interne et les muscles intercostaux internes du côté gauche, dont les fibres se dirigent dans la même direction que celles des muscles externes du côté droit. Nous employons cet exercice pour agir sur la circulation et sur les muscles, nous y avons en outre recours dans diverses affections intestinales.

Il est clair que nous pouvons aussi appliquer au patient des mouvements passifs dirigés dans la même direction et avec la même application de la main dans toutes les positions que nous avons décrites. excepté dans l'extension du dos.

Élévation de la jambe pendant le décubitus latéral.

Dans la fig. 69, nous voyons la position occupée par le patient avant que l'exercice commence. La fig. 70 montre

Fig. 69.

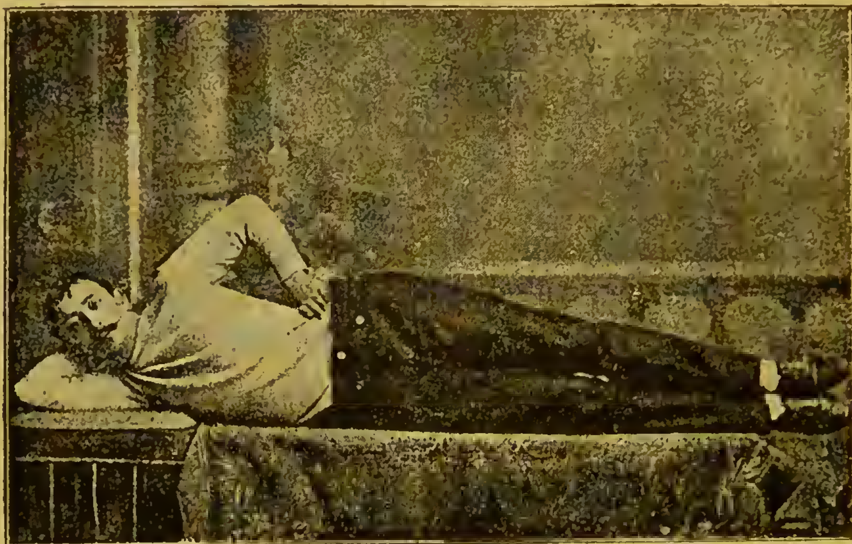
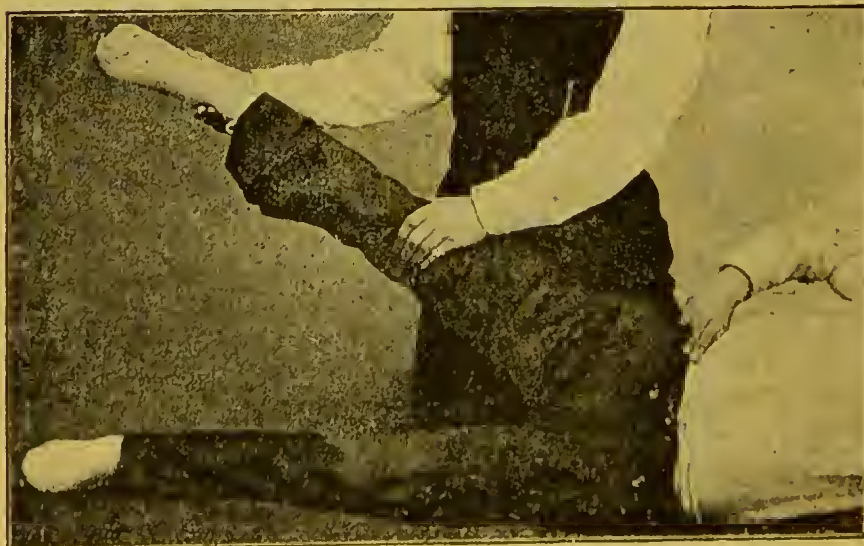


Fig. 70.



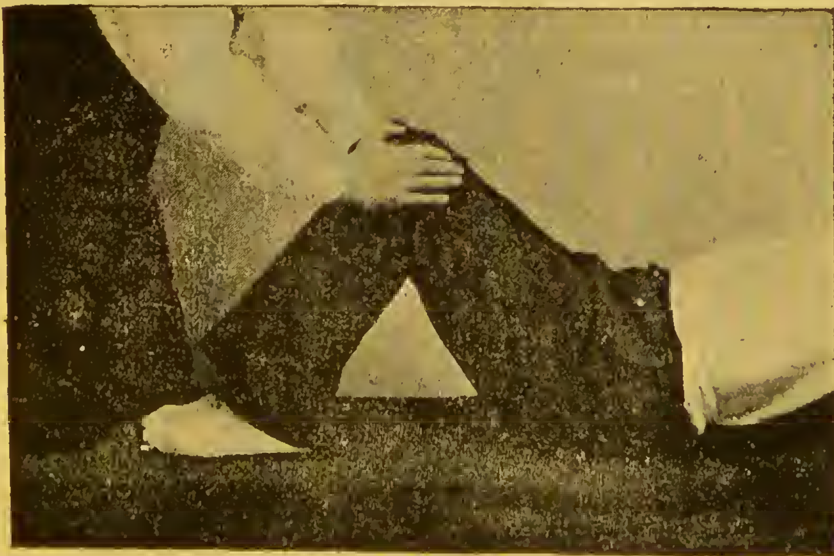
comment le mouvement est exécuté sous une résistance.

L'opérateur se tient debout, son côté appuyé contre le patient qu'il fixe au niveau de la région fessière. Avec une main, il saisit le talon et la cheville, de façon que le pouce se trouve placé parallèlement au bord externe du pied. L'autre main est placée sur le genou. Le patient tenant sa jambe complètement droite, la relève lentement dans le plan médian, aussi haut qu'il peut, pendant que le patient résiste. Si nous portons le pied un peu en arrière ou un peu en avant, nous mettons en jeu avec plus d'énergie les parties antérieures et postérieures de la masse musculaire de la région fessière.

Abduction et adduction du genou (fig. 71).

Le patient est placé dans un demi décubitus, les genoux fléchis et les pieds reposant au même niveau que les fesses. L'opérateur se tient debout en face du patient et

Fig. 71.



place une main sur la face externe de chaque genou. Le patient porte sa cuisse en abduction sous la résistance de l'opérateur, qui ramène ensuite les genoux en adduction pendant que le patient résiste. De cette manière, on agit fortement sur les abducteurs des cuisses. On peut se tenir debout en face du patient, afin de produire l'extension des muscles.

Dans la même position, les muscles adducteurs des cuisses peuvent aussi être exercés, si on fait de la résistance sur la face interne des genoux, lorsqu'on les rapproche l'un de l'autre, ou si l'opérateur écarte les genoux pendant que le patient oppose de la résistance.

L'intensité des mouvements est augmentée lorsque le patient est couché sur une banquette élevée, le dos fixé et les jambes tendues. L'opérateur applique alors ses mains, non sur les genoux mais sur les pieds. L'augmentation de longueur du levier augmente le travail musculaire du patient et diminue en même temps la force que doit déployer l'opérateur.

OBSERVATIONS.

I. Parotidite bilatérale.

N..., artilleur, commence le traitement le 17 décembre 1888.

Les glandes parotides des deux côtés étaient gonflées, le gonflement s'étendant de l'arcade zygomatique au dessous de la mâchoire inférieure, elles étaient dures et douloureuses et avaient les dimensions d'un œuf de poule. La douleur était si forte que le patient était incapable d'ouvrir la bouche. L'audition était diminuée. La maladie avait commencé le jour précédent.

Progrès. — Après environ vingt minutes de traitement, les glandes étaient réduites au tiers environ de leur volume primitif et étaient devenues molles.

18 décembre. Douleur et gonflement moindres qu'après le traitement du jour précédent.

19 décembre. Audition bonne de nouveau ; ni douleur ni gonflement ; mouvements de la mâchoire inférieure indolores et libres.

Traitement. — Pétrissage. La pression fut appliquée en demi-cercle, de haut en bas et en arrière. Je me tenais derrière le patient et j'employais l'éminence thénar des pouces, afin de ne pas lui causer de douleur inutile ; le pétrissage n'agissant pas assez vite, j'exécutai des vibrations avec les mêmes parties de la main ; elles produisirent un effet plus énergique, diminuant non seulement la douleur, mais aussi le gonflement. J'appliquai aussi des frictions sur le nerf facial, pendant une minute environ.

II. Tonsilite.

Rinaldo N..., vingt-deux ans, officier de la marine I. et R. Autrichienne, se soumit au traitement le 11 décembre 1888.

Les deux amygdales avaient commencé à enfler le jour précédent. Elles étaient à ce moment couvertes de pus. Du côté droit, le pus recouvrait une large surface, tandis que, du côté gauche, il formait un certain nombre de petits dépôts. Les amygdales elles-mêmes étaient très gonflées. Le malade éprouvait de la difficulté et de la douleur à avaler.

Progrès. — Après le traitement, le malade se sentit mieux. La difficulté à avaler avait fortement diminué.

12 déc. Les amygdales étaient beaucoup plus petites, le pus qui les recouvrait avait disparu des deux côtés.

13 déc. Les amygdales étaient presque normales. Aucune difficulté ou douleur à la déglutition. Traité pour la dernière fois.

Traitement. — Le patient était soumis au traitement chaque jour pendant dix minutes. Ce traitement était constitué par les deux mouvements pour la gorge représentés dans les fig. 20 et 23, le premier pendant cinq minutes, le second pendant dix minutes, et en frictions sur le nerf facial, exécutées séparément ; mais il est clair que la manipulation derrière la branche ascendante de la mâchoire inférieure excite le nerf pendant tout le temps où on l'applique, car les doigts passent constamment sur ce nerf.

R..., vingt-huit ans, domestique, habitant Trieste, s'était refroidie le premier jour de sa période menstruelle, le 22 janvier 1889. Ce jour-là et pendant la nuit, elle fut prise de fièvre et de frissons accompagnés de douleurs en avalant. Elle souffrait aussi d'un grand mal de tête.

Elle était soignée par le docteur Michel Braun, le distingué spécialiste pour les affections du nez, de la gorge et du larynx. J'étais moi-même en traitement chez lui, à Trieste. Il me fit part de ce cas le 23, et me demanda si je voulais la traiter, et lui faire, sur cette malade, la démonstration pratique de mon traitement dans les affections de la gorge.

La malade avait une température de 39°. Elle frissonnait, avait froid, et éprouvait une grande douleur à avaler ; les deux amygdales étaient enflammées, elles étaient l'une et l'autre couvertes d'un revêtement blanc continu, plus spécialement du côté droit. La peau était sèche et chaude, la tête était très douloureuse, et les ganglions lymphatiques étaient gonflés.

Progrès et traitement. — 23 janv. J'appliquai les secousses de la manière représentée dans les fig. 20-23, environ cinq minutes chaque fois, et la douleur et la difficulté à avaler disparurent presque complètement ; je fis aussi des frictions pendant trois minutes sur le cou, plus particulièrement sur la seconde paire de nerfs cervicaux. Le patient ressentit très fortement la sensation de froid, qui, presque toujours, accompagne l'application de ces frictions. Le frisson cessa, elle se réchauffa et sa peau devint moite.

J'exécutai ensuite le pétrissage général de l'abdomen.

Dans la soirée, à six heures, la température était de 38,6° C., le pouls battait 132. Même traitement que dans la matinée. Le pouls baissa immédiatement à 96. Elle me dit aussi à ce moment qu'elle éprouvait de très fortes douleurs dans la région sacrée, et qu'elle les avait ressenties très violemment aux époques menstruelles, depuis l'époque où elle avait eu un enfant, c'est-à-dire depuis six mois. Je lui appliquai des frictions nerveuses sur le sacrum, et j'obtins ce résultat que la douleur disparut complètement.

24 janv. Pas de traitement dans la matinée. La douleur, pendant la déglutition, avait diminué considérablement. Jusqu'à dix heures, le soir précédent, elle s'était sentie bien, mais à ce moment la fièvre la reprit.

Le docteur Braun prit la température une heure après le traitement, la nuit précédente, et la trouva normale. Cet effet immédiat le surprit, et il demanda au docteur Escher et au docteur Germonic, le premier, chirurgien, le second, médecin, de l'hôpital de Trieste, d'assister à ma prochaine visite. Nous décidâmes de traiter la malade seulement à six heures.

Le pouls s'était de nouveau élevé à 122, et la température était de 38° C. J'appliquai le même traitement que la veille. La douleur de la gorge disparut entièrement. J'appliquai les frictions nerveuses du cou pendant deux minutes. Le docteur Escher et le docteur Germonie prirent chacun une main et tâtèrent le pouls pendant les frictions.

Ils dirent qu'au début il était variable, tantôt plus lent, tantôt plus rapide, puis il se précipita encore, et au bout de deux minutes il battait avec une lenteur relative, de 90 pulsations par minute.

Une heure après, la température était de nouveau normale, la malade se sentait bien et à l'aise ; la douleur du bas des reins n'avait pas reparu.

25 janv. La malade était bien, pas de gène en avalant. Les amygdales n'étaient plus enflammées ; la couche qui les recouvrait avait disparu, la température était normale. le pouls était à 72. Traitée pour la dernière fois.

III. Diphtérie.

Le soldat Ine F... tomba malade le 10 décembre 1888, et le même jour entra à l'Infirmerie de la marine. Le 11,

à quatre heures de l'après-midi, je le vis pour la première fois.

Les amygdales étaient très enflées, la droite surtout; elles se rencontraient presque sur la ligne médiane. L'amygdale droite était couverte d'une large membrane gangréneuse. Du côté gauche, cette membrane était plus étroite. Les glandes lymphatiques et submaxillaires étaient gonflées, surtout du côté droit, ou elles formaient une large tuméfaction continue. La déglutition était extrêmement douloureuse. La température était de 39,6°, le pouls battait 104.

Progrès. — Le traitement commença immédiatement. Le gonflement des glandes diminua visiblement, et elles devinrent plus molles à 9 heures du soir. La tuméfaction diffuse est molle et œdémateuse. Le patient se plaint que la salive et les liquides qu'il boit passent par le nez. Il tient la bouche très ouverte. Température : 38,7° C; pouls : 92.

Après le traitement, le gonflement externe a presque disparu. L'expectoration est plus facile, il ferme la bouche et dit qu'il se sent mieux.

13 déc. Température du matin : 37,7°. Le gonflement de l'amygdale du côté droit a diminué, et la membrane qui la recouvre est moins large; le côté gauche est aussi plus dégagé.

14 déc. La membrane recouvrante continue à diminuer. Température : 37,7° C.

16 déc. Déglutition plus facile, mais les liquides sont encore rejetés par le nez lorsqu'il boit.

17 déc. La membrane se détache sur l'amygdale gauche; les amygdales sont beaucoup plus petites; les ganglions lymphatiques sont normaux.

Le 30, le patient quitta l'hôpital et partit pour un congé de trois semaines. Il revint avec des symptômes de para-

lysie qui s'accentuèrent ; il se produisit de la paralysie du bulbe et le patient mourut de paralysie du cœur, le 2 février 1889, le jour même où je retournai à Pola après une absence de cinq semaines.

La petite Porpic, huit ans. Le 9 décembre 1888, les amygdales étaient rouges et gonflées et étaient recouvertes d'une membrane.

10 déc. Membrane sur les deux amygdales. Fièvre, glandes enflées.

11 déc. La membrane recouvrante s'étendait.

Progrès. — *12 déc.* Je commençai son traitement. Température : 37,7° C; pouls : 110. Elle tient la bouche ouverte ; respiration ronflante, expression de la face tranquille. Les amygdales très gonflées, surtout la gauche, à tel point qu'elles se rencontraient presque. La membrane recouvrante passe sur le voile du palais, le nez est libre. Du côté gauche, les ganglions lymphatiques sont aussi gros que des noisettes ; du côté droit, que des amandes. Les glandes submaxillaires sont enflées ; tout est sensible.

Le soir, 9 h. Température : 37,4° C ; pouls : 92. Traitement le matin et le soir, pendant environ 20 minutes.

13 déc. La veille, les membranes recouvrantes furent brossées avec de l'acide lactique. Aujourd'hui elles sont plus continues et plus épaisses, et s'étendent en avant du côté gauche. Du côté droit, la membrane recouvrante se présente en des points distincts. Depuis hier, le liquide qu'elle boit passe par le nez. Les glandes du côté droit sont plus grosses ; à gauche, on observe du gonflement œdémateux, surtout dans la région submaxillaire.

Soir. Température : 37,7° C; pouls : 102. Pendant le traitement, une grande quantité de salive s'écoule hors de la bouche. Après, la jeune fille se sent mieux, les glandes sont plus molles et moins grosses.

14 déc. Dort très bien pendant la nuit. Température du matin : 37,7° C. Soir : 37,8.

Soir, 10 h. Température : 37,6° C ; pouls : 108. Respiration très ronflante. Le nez est obstrué. Expression du visage apathique. La membrane qui recouvre le côté droit, comme auparavant. Du côté gauche, elle s'étend sur toute l'amygdale, sur le voile du palais et sur la luette, et elle présente une notable épaisseur.

Le pouls présente de temps en temps des intermittences (tous les cinq ou six battements) ; il est très petit.

La respiration s'arrête parfois. Après trente minutes de traitement le pouls était plus tranquille et plus régulier ; il en était de même de la respiration.

15 déc. Après-midi. Température : 36,7° C. A un peu dormi pendant la nuit, mais a beaucoup ronflé. Une grande quantité de matière épaisse est sortie du nez. Expression de la face tranquille, elle s'intéresse aux choses qui l'entourent. Respiration libre, nez libre.

Membranes du côté droit rejetées ; amygdale du côté gauche gonflée ; membrane contractée et moins large, fendue au milieu et en plusieurs points. Les glandes sont beaucoup plus petites. Traitement pendant vingt minutes.

16 déc. Matin. Température : 37° C. Traitement pendant vingt-cinq minutes.

17 déc. A bien dormi, joue et se nourrit avec appétit. Température : 37,2° C. La membrane recouvrante se présente seulement sous forme de petits îlots. Les glandes lymphatiques et submaxillaires sont normales.

18 déc. A bien dormi. Œdème de la paupière inférieure. Albumine dans l'urine, 1 o/o. Quantité d'urine faible. Condition générale continue à être bonne ; elle joue. Traitement de 35 minutes. L'œdème a disparu.

Soir. Pas d'œdème. L'enfant joue et rit.

19 déc. Le reste de la membrane du côté gauche pend

librement sur l'amygdale, comme un voile. Température : 37,6° C. Traitement pendant trente-cinq minutes : la gorge, quinze minutes, le dos et l'abdomen pendant le reste du temps.

20 déc. L'urine contient 1 o/o d'albumine. La membrane a complètement disparu. Traitement comme précédemment.

21 déc. L'urine contient 1 o/o d'albumine. La membrane a complètement disparu. Traitement comme précédemment.

21 déc. L'urine contient encore de l'albumine, la gorge est traitée pendant dix minutes avec pétrissage de l'abdomen. Je fis aussi des vibrations sur les reins.

22 déc. L'urine contient de l'albumine dans la proportion d'environ 1 o/oo. Quantité d'urine plus grande. L'enfant paraît bien.

23 déc. Quantité d'urine à peu près normale. Traces d'albumine à peine sensibles.

J'arrêtai le traitement à ce moment, le 6 janvier 1889. La malade fut renvoyée chez elle.

Traitement. — Le traitement est ici le même que pour l'angine (amygdalite). Seulement les vibrations sont au début substituées au shaking, qui doit être exécuté beaucoup plus délicatement. Les frictions des nerfs du cou sont continuées pendant quelques minutes. Le tout doit être terminé par un pétrissage général de l'abdomen, accompagné de frictions nerveuses sur les nerfs sensitifs du dos.

Dans le cas de la jeune Papie, je fis, les premiers jours où apparut l'albumine, le pétrissage des reins. Le 22, je le remplaçai par des vibrations, et, le jour suivant, la quantité d'urine fut augmentée et l'albumine diminua. Le traitement, dans les deux cas, durait de vingt-cinq à trente-cinq minutes, et la malade était traitée deux fois par jour.

IV. **Paralysie post-diphtéritique.**

Je traitai le cas suivant pendant l'été de 1887, à Leipzig, à la clinique du Prof. Mœbius, le grand neuropathologiste.

Marie A..., âgée de quinze ans, née à Leipzig, fut atteinte de la diphtérie dans la seconde semaine de décembre 1886, et fut retenue au lit pendant quatre semaines. A plusieurs reprises, elle fut sur le point d'asphyxier et sa mère lui sauva probablement la vie en lui retirant de la gorge de « grosses membranes » avec une cuillier. Un membre plus jeune de la famille, un garçon de trois ans, mourut à ce moment de la diphtérie. La guérison marcha très lentement. Elle ne put sortir avant le milieu de février 1887. Le voile du palais resta paralysé pendant longtemps; même en mai et en juin, les aliments revenaient de temps en temps par le nez. Vers le milieu de mai, la malade commença à sentir de la faiblesse dans les jambes et, par suite, de la difficulté à marcher. Elle fut envoyée à la campagne, mais elle revint au bout de quinze jours, dans un état pire qu'à son départ. La faiblesse augmentait de jour en jour, jusqu'à ce qu'enfin elle devînt tout à fait incapable de marcher sans assistance. Son médecin lui conseilla de consulter le docteur Mœbius et elle vint à sa clinique le 23 juin 1887. Son état, à cette époque, était, en résumé, le suivant :

La malade était pâle et faible. Son appétit était mauvais. Elle était très nerveuse et pleurait à la suite de la moindre excitation. La sensibilité des pieds, des chevilles et des parties inférieures des jambes était très diminuée. La faiblesse des jambes n'était ni précédée ni accompagnée d'aucune douleur. Elle pouvait seulement faire quelques pas sans être aidée et cela même avec peine. Elle perdait son équilibre en marchant et aussi en fermant les yeux.

Lorsqu'on lui disait d'étendre ou de fléchir les pieds, elle arrivait seulement à produire de légers mouvements des orteils. Elle avait perdu la faculté de fléchir ou d'étendre l'articulation du genou. Elle pouvait, avec quelques efforts, porter les cuisses en adduction, tandis que les muscles abducteurs avaient presque complètement perdu leur pouvoir. Elle avait besoin d'aide pour se lever de sa chaise, ou, lorsqu'elle se tenait debout, les pieds largement écartés, pour plier le corps en avant ou latéralement et pour le relever ensuite ; son incapacité était due en partie à la perte d'équilibre, en partie à la faiblesse musculaire. Le réflexe patellaire était absent. Sa vue avait été atteinte, mais le pouvoir accommodateur était à ce moment normal. La voix avait un léger accent nasillard, et, comme je l'ai déjà dit, le rejet de la nourriture par le nez s'était produit plusieurs fois pendant le mois. On ne fit pas d'épreuve électrique.

Progrès. — Du 23 juin au 2 juillet je traitai la malade quatre fois. A cette dernière date, la sensibilité était très améliorée et le dos avait plus d'énergie. Les pieds avaient repris un peu de force, mais elle était encore incapable d'exécuter les mouvements en dehors et en dedans.

9 juillet. La malade subit encore quatre autres séances. La sensibilité dans les pieds et les jambes était complètement revenue. Elle pouvait fléchir et étendre les pieds et les jambes, même lorsque j'opposais une légère résistance. Le pouvoir d'éversion et d'inversion revenait. Elle pouvait marcher sans aide, à une allure plus ferme et moins chancelante. Il ne s'était plus produit de régurgitation des aliments, depuis qu'elle subissait mon traitement.

16 juillet. La malade avait encore été traitée quatre fois. Le 14, elle faisait une grande partie du chemin pour venir à la clinique, sans assistance, et elle montait trois étages.

tandis qu'auparavant on devait la porter. Sa voix avait perdu son accent nasal et son aspect général était beaucoup meilleur.

23 *juillet*. Traitée trois fois depuis la dernière date, pendant ces derniers jours, elle éprouva une certaine douleur dans les chevilles et dans les genoux, parce qu'elle était restée assez longtemps dehors. Elle avait aussi éprouvé un picotement dans la gorge, vers les oreilles. A cette dernière date, ces symptômes avaient disparu. Elle pouvait tourner sans chanceler et marchait bien.

2 *août*. La malade fut traitée trois fois pendant la semaine précédente, et, à cette occasion, elle avait marché sans aide, de chez elle à la clinique, et en était revenue ; en tout environ un mille et quart. Elle avait récupéré sa force et faisait bien tous les mouvements. Ceux des articulations de la cheville et du genou étaient exécutés avec une force considérable. Elle pouvait se tenir debout, absolument fixe, en fermant les yeux. Elle avait très bonne mine, se sentait tout à fait bien, et pouvait alors être considérée comme absolument revenue à la santé.

La malade ne subit aucun traitement pendant la semaine qui suivit le 2 août, pendant que j'étais absent de Leipzig. Elle revint et fut traitée du 9 au 12, et, pour la dernière fois, le 16, jour où on la congédia comme guérie.

Le réflexe patellaire n'était pas revenu, mais, d'après le Prof. Mœbius, il ne revient généralement que quelque temps après le retour du pouvoir musculaire.

Chaque fois, la malade était traitée pendant un temps variant entre une demi-heure et trois quarts d'heure.

Je reçus de ses nouvelles à la fin de 1887, et j'eus la satisfaction d'apprendre que la malade continuait à jouir d'une parfaite santé.

Traitement. — Chaque jour du traitement je lui appliquai les shakings sur la gorge (fig. 20-23) avec des fric-

tions sur le nerf facial ; le pétrissage des jambes et de la région fessière et le tapotement du dos ; les deux exercices étaient accompagnés de frictions nerveuses ; et l'on employait alternativement les mouvements actifs et passifs comme on l'a vu dans les fig. 55, 57, 68, etc.

Afin de faire disparaître les titubations, j'appliquai le mouvement représenté dans la fig. 71.

V. Cystite.

M. L. R..., trente ans, était atteint, depuis plusieurs mois, d'une légère blennorhée. Afin de s'en débarrasser rapidement, il eût recours à des injections à 1 o/o de nitrate d'argent qui, avait-il entendu dire, devaient produire une guérison immédiate. Il employa l'injection avec si peu de soin qu'une grande partie passa dans la vessie, y détermina une sensation extrêmement pénible, à tel point qu'il fut obligé de rester complètement immobile pendant plus d'une heure après son application.

Par un jour d'été très chaud, le patient prit plusieurs glaces dans l'après-midi. Il fut bientôt saisi de frissons, rentra chez lui et se mit au lit, où il fut obligé de rester trois jours. Fièvre, vomissement, forte irritation de la vessie, douleur dans le périnée et dans la partie inférieure du dos et du sacrum. Son appétit l'abandonna complètement, et il ne pouvait boire que de l'eau acidulée et prendre que de la nourriture liquide. Il éprouvait constamment le besoin de vider sa vessie ; chaque mixtion était accompagnée et suivie d'une irritation intense et d'un besoin d'expulser l'urine, bien que la vessie fût vide. Il avait très peu de sommeil pendant la nuit.

Le quatrième jour, 3 septembre 1888, quand il vint se faire traiter, les symptômes que je viens d'énumérer avaient légèrement diminué. Il paraissait très affaibli,

éprouvait un sentiment de grande prostration, et se repentait amèrement d'avoir essayé de se soigner lui-même. Il n'avait pas de fièvre; l'appétit s'était amélioré au point qu'il pouvait prendre une nourriture très légère. La marche lui était extrêmement désagréable, ainsi que la promenade en voiture, ces deux exercices lui donnaient de l'irritation de la vessie.

L'urine déposait du pus, du mucus, et du phosphate ammoniaco-magnésien.

Progrès. — 10 sept. Le patient avait été traité deux fois par jour, depuis le 3. Les premières applications lui donnèrent le jour même, du soulagement pendant plusieurs heures. Il n'éprouva aucune douleur en marchant dans la maison. Il passait une nuit bien meilleure, reposait et dormait mieux. Il se produisit une amélioration constante de jour en jour. Il urine deux ou trois fois par jour, et n'a pas besoin de se lever pendant la nuit. Pendant les deux ou trois derniers jours, il n'a pas eu la sensation d'irritation après avoir vidé sa vessie, mais seulement une espèce de faiblesse. Le dépôt des phosphates, mucus et pus a fortement diminué. L'appétit s'est amélioré.

24 sept. Le patient a été traité une fois par jour depuis le 10. Il se refroidit le 14, et eut une légère rechute, qui cependant guérit bientôt. Depuis plusieurs jours, il s'est senti tout à fait bien. Pas de dépôts anormaux dans l'urine, appétit bon. Traitement arrêté aujourd'hui. Il se décida à laisser le temps et des injections légères guérir sa blennorrhée. Le patient n'a éprouvé aucun trouble provenant de sa vessie depuis la date ci-dessus.

Le traitement spécial consista en tapotement sur les régions lombaire, sacrée et périnéale, en légères secousses de la vessie, pratiquées au-dessus de l'arcade pubienne et sur le périnée, en vibrations sur l'arcade pubienne, en frictions nerveuses pendant quelques minutes sur la région

lombaire inférieure et sur les nerfs sacrés; et, enfin, en pétrissage de l'abdomen. L'effet principal des frictions nerveuses fut de réduire l'irritation et l'inflammation. Le patient but une grande quantité d'eau acidulée avec du jus de citron frais.

VI. Migraine.

M. C. C..., âgé de vingt-sept ans, avait beaucoup souffert, depuis le mois d'août 1888, de soudaines attaques de violents maux de tète. Tout d'abord, un certain temps s'écoula entre chacune, mais les intervalles se raccourcirent à tel point que le patient était à peine guéri d'une attaque, lorsque l'autre recommençait, de telle sorte que parfois plusieurs semaines s'écoulaient sans qu'il éprouvât de soulagement complet.

Les maux de tète étaient précédés par une sensation de pesanteur dans la tète et par des éblouissements, le matin, lorsque le malade se réveillait. La sensation de pesanteur disparaissait dans la matinée ; mais plus tard, dans l'après-midi, la douleur s'établissait brusquement et augmentait de plus en plus, en se rapprochant du soir. La douleur pouvait atteindre immédiatement son summun ou bien augmenter progressivement ; elle était lancinante, le malade la ressentait surtout derrière les yeux et elle était généralement aussi aiguë des deux côtés. La lumière augmente la douleur. Le patient redoute d'aller au lit, parce que la position couchée le rend plus malade. Lorsque il est couché, il tombe au bout de quelques heures dans un sommeil lourd et se réveille le matin suivant avec une sensation d'engourdissement et d'oppression qui souvent lui est restée pendant plusieurs jours.

Ces attaques le laissent très nerveux et très épuisé.

Le patient n'éprouve jamais de nausées. Il a observé

que le mal de tête était causé par la fatigue, par les soirées trop prolongées et par la lumière très intense, comme celle du théâtre.

Pendant l'été de 1888 il devint aussi sujet aux attaques de palpitation. Les premières lui firent presque perdre connaissance; il ressentait de la douleur le long du bras gauche, et éprouvait une grande difficulté à avoir sa respiration.

Pendant les attaques de palpitation, on voit et sent les battements au sommet, sur une grande étendue. Les bruits sont forts, le pouls bat entre 80 et 90 pulsations par minute et est plein. Le patient est très sensible entre les épaules. La palpitation se produit à n'importe quel moment; parfois elle suit le repas, parfois elle se produit quelques heures après. Le patient fume des cigarettes. L'appétit et la digestion sont bons.

Traitement et progrès. — Le 4 janvier 1890, il fut soumis pour la première fois au traitement, qui consista en mouvements généraux et, comme applications spéciales pour la migraine, en frictions sur les nerfs de la tête et du cou; pour les palpitations, en frictions nerveuses entre les épaules et en vibrations sur la pointe du cœur.

A la fin de janvier, les attaques étaient moins fréquentes et très souvent, quoique les symptômes prémonitoires apparussent le matin, il ne se produisait pas de mal de tête, le traitement intervenant dans l'après-midi. Les palpitations ne s'étaient pas produites après la première semaine de traitement. Pendant ce mois, le patient fut traité régulièrement chaque jour.

Dans la dernière semaine de février, le traitement fut cessé car il ne s'était pas produit de migraine depuis quelque temps. Lorsqu'elle était revenue, elle avait disparu après une courte application de frictions nerveuses alternant avec la pression sur la seconde paire de

nerfs cervicaux. Le traitement n'a pas été appliqué régulièrement pendant ce mois, souvent seulement deux ou trois fois par semaine. L'état général s'est beaucoup amélioré ; pas de palpitations pendant le mois.

VII. **Catarrhe inflammatoire intestinal aigu chez un enfant.**

H. S..., âgé de quinze mois, fut pris brusquement pendant la nuit du 10 juillet 1889 de vomissements et de diarrhée. Jusqu'à ce moment, sa santé avait été excellente. Les selles devinrent plus fréquentes dès le matin, elles se produisaient toutes les vingt minutes.

Je vis l'enfant pour la première fois à huit heures du matin, le 11 juillet. La face était pincée, le pourtour des yeux était enfoncé et sombre, les fontanelles déprimées. Il était étendu, pleurnichant faiblement à chaque instant. Le pouls était très faible et arriva à 170 battements par minute, la température était de 102,2°. Les évacuations étaient aqueuses, et renfermaient quelques masses compactes et un peu de sang.

Traitement et progrès. — Le traitement local consista en vibrations sur l'abdomen pendant environ vingt-cinq minutes, suivies d'un pétrissage lent et doux de l'abdomen. J'administrai aussi de légères frictions sur les nerfs dorsaux et sur ceux du cou, et quelques frictions sur les bras et sur les jambes, pour abaisser la température et pour produire de la stimulation générale.

Lorsque je revins, dans l'après-midi, à quatre heures, la température était descendue à 100,6 ; il avait eu quatre garde-robes. L'enfant semblait être beaucoup mieux, il s'intéressait à ce qui se passait autour de lui, et babilla pendant tout le temps que je le soignai.

A onze heures du soir, je trouvai mon patient dormant

tranquillement depuis deux heures. Il avait été beaucoup mieux après que je l'eus laissé, dans l'après-midi.

12 juillet, quatre heures de l'après-midi. — L'enfant a dormi toute la nuit, il n'a eu ni fièvre ni diarrhée. Même traitement que le jour précédent, appliqué pendant le même temps. On permit à l'enfant de se lever le jour suivant. On lui prescrivit un régime léger et prudent. Il ne s'est produit aucune rechute.

En septembre 1886, j'eus aussi un malade âgé de dix ans, souffrant de la même affection. Il tomba malade le matin, très brusquement, en allant se coucher. Les vomissements, dans ce cas, étaient très pénibles, les selles très aqueuses, la douleur du ventre très intense. Je le traitai de la même manière que le cas précédent. Les nausées et la diarrhée cessèrent.

VIII. **Catarrhe intestinal chronique.**

Mlle X..., quarante-six ans, professeur dans une école de filles, fut prise subitement, dans l'après-midi du 18 mars 1889, de douleurs dans le corps, accompagnées de diarrhée et de vomissements. La malade voulut boire le soir un peu de thé, elle le vomit immédiatement. La diarrhée et les douleurs durèrent toute la nuit, pendant laquelle elle eut huit à neuf selles. Elle eut la fièvre, mais je ne sais pas jusqu'à quel degré.

Elle resta neuf jours très malade. Elle ne pouvait prendre que du lait mêlé à du cognac, un peu de bouillon froid et de la gelée.

Comme son état ne s'était pas amélioré, que les douleurs et la diarrhée avaient également persisté, un second médecin fut appelé le quatrième jour en consultation. On ajouta des injections de morphine à la médication précédente. Pendant trois jours consécutifs on lui fit une injec-

tion quotidienne de morphine. On lui donna beaucoup d'opium à l'intérieur et on lui fit des applications chaudes sur le ventre. Les douleurs disparurent à la suite de cette médication. Les selles se produisirent sans difficulté, mais elles épuisaient tellement la malade qu'elle restait quelques minutes sans pouvoir parler et presque sans connaissance.

Le médecin croyait qu'elle était devenue malade pour avoir respiré des gaz délétères, qui se développaient par suite du drainage défectueux de la maison. Cinq autres personnes qui habitaient la maison ou qui y étaient venues, et une dame qui habitait le voisinage, furent atteintes de la même affection, mais moins grave, et se remirent promptement.

Comme la malade se sentait assez forte, elle vint au bord de la mer. Ce séjour lui fit beaucoup de bien ; elle en partit très améliorée, mais au bout de six semaines les douleurs et la diarrhée reparurent. Depuis cette époque, les douleurs furent souvent très intenses ; elles étaient accompagnées d'un état d'irritation de l'intestin. Tantôt elle ressentait une douleur sourde dans le corps, tantôt de la diarrhée, sans aucune douleur. Elle avait souvent des nausées mais ne vomissait que rarement. Elle prit une potion qui arrêta sa diarrhée, mais celle-ci reprit bientôt. Les choses continuèrent ainsi jusquà ce qu'elle revint se faire soigner par moi le 9 juillet 1890.

Etat à ce moment. — La malade était pâle, amaigrie, fatiguée ; elle était faible et incapable de remplir ses fonctions de professeur. Elle avait une courte toux sèche, la langue était chargée, elle mangeait très peu et n'avait jamais appétit. Elle ne prenait presque aucune nourriture solide et se nourrissait surtout de lait, de bouillie, etc. ; elle ressentait de la douleur et de la tension dans l'intestin, après avoir mangé. Depuis huit mois, elle n'avait touché

ni thé, ni café, ni beurre, ni fruits, ni gâteaux, ni légumes, mais, d'après ses observations, le régime n'améliorait pas son état. Elle avait jour et nuit des douleurs persistantes (je vais au lit avec et je couche avec.) Le nombre des selles varie de trois à cinq, six ou sept en vingt-quatre heures. Parfois elles sont très liquides, parfois à peu près moulées.

La malade ne peut rester quelques instants couchée sur le dos sans éprouver de la douleur.

Elle avait toujours très froid et devait toujours porter un épais vêtement d'hiver bien que nous fussions en été.

Elle dormait très peu la nuit, souvent même elle ne dormait pas du tout, et lorsqu'elle s'était endormie depuis longtemps, elle était troublée par d'horribles cauchemars.

Évolution. — Le traitement fut continué une fois par jour jusqu'au 8 octobre 1890. Il se produisit déjà de l'amélioration dans la première semaine, qui continua avec de petites intermittences, jusqu'à ce que le malade cessât le traitement, à la date indiquée plus haut. Son appétit était bon, son sommeil normal et non troublé, elle dormait six à sept heures par nuit, les selles étaient bien moulées et se produisaient régulièrement une fois par jour; elle ne ressentait de douleur, ni dans l'intestin, ni dans le ventre, la sensation de froid avait disparu. Jusqu'à ce jour, depuis six ans, elle n'a plus souffert du catarrhe.

IX. **Péritonite.**

A. S..., âgé de huit ans, réclama mes soins le 13 juillet 1889. Le jour précédent, il s'était plaint d'une légère douleur dans l'abdomen. La douleur diminua vers le soir, mais revint brusquement et avec une grande violence l'après-midi suivant, accompagnée de vomissements. On m'envoya immédiatement chercher, mais je ne pus venir avant minuit. Je trouvai le patient couché

sur le dos, les genoux relevés, l'abdomen fortement distendu. Il se plaignait d'une douleur constante de tout l'abdomen, qui augmentait beaucoup par le plus léger attouchement, les mouvements du corps et des jambes et par la respiration. Il était incapable de faire de profondes inspirations ; la respiration était courte et thoracique. La douleur était le plus intense dans l'épigastre et autour de l'ombilic.

La température était à 103°, le pouls à 150°.

Traitement et progrès. — Après que les vibrations eurent été appliquées pendant environ une demi-heure, la douleur diminua dans une proportion telle que le patient pouvait étendre les jambes et faire de profondes respirations sans beaucoup de gène. Je pouvais aussi alors faire un peu de pression sur l'abdomen avec la main entière. Il ne pouvait supporter la pression exécutée avec la pointe des doigts. Outre les vibrations, j'appliquai des frictions sur les nerfs cervicaux, pendant quelques minutes, ainsi que sur les nerfs sensitifs du dos.

14 juillet, matinée. L'enfant a dormi pendant deux heures environ après que je l'ai eu laissé. Il s'est alors réveillé et a eu une légère crise de délire ; la douleur, elle aussi, a augmenté. Avant de partir, à ma visite précédente, j'avais montré à la mère de l'enfant ce qu'elle devait faire en cas de retour de la douleur et comment elle devait appliquer les vibrations. Elle avait été traitée pendant plusieurs années par la gymnastique médicale, sa main était très sensible et présentait des dispositions peu ordinaires pour le traitement, elle put donc appliquer correctement les vibrations.

Elle les appliqua immédiatement et l'enfant se trouva mieux et se rendormit. Vers le matin, il se réveilla une fois encore et, pour la seconde fois, elle renouvela ce traitement avec un bon résultat. La température était tombée

à 101, le pouls à 120. La douleur avait considérablement diminué et la respiration est devenue abdominale dans une grande mesure. Même traitement qu'à ma première visite. Dans l'après-midi, la température a tombé à 99,80. Traitement répété comme ci-dessus.

15 juillet. Je vis le patient dans l'après-midi. La température était normale; la pression ne produisait qu'une légère douleur. J'appliquai un très léger pétrissage de l'abdomen pour la première fois. Le patient put prendre un peu de nourriture liquide telle que du lait et du jus de viande.

16 juillet. Evacuations alvines, la nuit précédente ; ne se plaignit pas de douleurs ; même traitement que la veille.

18 juillet. On permit à l'enfant de se lever et de se reposer tout habillé sur le lit. Il pouvait à peine se tenir debout en raison de sa faiblesse. Il prit un peu de viande et de poisson, coupés à petits morceaux. Evacuations alvines une fois dans la journée.

22 juillet. Le patient s'est levé et est sorti, ces trois derniers jours. On cessa le traitement.

X. **Inflammation du cœcum.**

F. C..., dix-sept ans, souffrait depuis la nuit de Noël 1883, d'une inflammation intestinale. Il était resté trois semaines au lit, et avait été traitée de la manière ordinaire. Depuis, il éprouvait de nombreux troubles digestifs et ne pouvait arriver à se rétablir.

Dernière attaque. — Le 26 avril 1894 au soir, ce jeune homme alla se coucher, après avoir pris un bain chaud, sans éprouver rien de particulier. Pendant la nuit, il ressentit peu à peu des douleurs dans le côté droit du ventre, qui augmentèrent tellement, jusqu'au matin, qu'il ne put pas prendre de repos.

Cette fois je fus appelé le soir du 27, et je trouvai le ventre tendu dans son ensemble, surtout du côté droit ; pas de respiration abdominale, si ce n'est, à un faible degré, dans la partie supérieure.

Dans la fosse iliaque droite, on sentait une tumeur arrondie, allongée, très douloureuse au plus léger contact. Les douleurs étaient alors plus fortes que le matin et arrivaient à leur paroxysme. Il ne pouvait nullement agiter les jambes, et même le mouvement des bras augmentait la douleur. Pendant la nuit, il avait eu une seule garde-robe ; vers le matin, il eut une forte crise de vomissement. L'appétit avait complètement disparu, la langue était chargée, pouls 98, température 101,8° F. ; il n'avait qu'une très faible céphalalgie.

Le traitement consista en vibrations légères sur la tumeur, en frictions énergiques sur les nerfs lombaires du côté droit, dont quelques-uns étaient très sensibles. Pendant le traitement, les douleurs commencèrent à diminuer et la tension de la partie supérieure du ventre devint beaucoup moindre. Je plaçai alors légèrement ma main sur l'abdomen, avec les doigts sur le creux de l'estomac. J'appliquai en ce point une légère pression avec les doigts et je les fis pénétrer plus profondément dans l'abdomen, à chaque mouvement respiratoire. Je commençai alors à appliquer des frictions et des vibrations sur le plexus solaire.

Les douleurs diminuèrent à un degré tel que le patient s'endormit pendant le traitement, la respiration abdominale devint plus profonde. Pouls 92, et moins dur.

28 *avril*. Je vis le malade à neuf heures du matin. Température : 99,6° F ; pouls : 88. Il a dormi toute la nuit, les douleurs étaient beaucoup plus faibles, il a pu se lever et baisser lentement les jambes sans beaucoup de douleur : pas d'appétit, pas de selles. Même traitement qu'hier.

29. Température, hier soir, à six heures : 100° F ; ce matin, à onze heures : 98,8 F ; pouls : 72. Douleurs plus faible que la veille, appétit revenu ; selle presque indolore. Même traitement que précédemment.

30. Traitement à neuf heures du matin. Température : 98,4 F ; pouls : 70, pas de selles, appétit bon ; presque pas de douleur à la palpation, du côté droit de l'abdomen ; ressent de faibles douleurs lorsqu'il se tourne ou qu'il se place sur le côté ; il peut remuer lentement les jambes et s'asseoir sans douleur. Même traitement que précédemment ; on y ajouta le pétrissage général de l'abdomen.

1er mai. Garde-robe sans douleur, pas de sensibilité du côté droit ; pas de douleur lorsqu'il se remue dans son lit, ou change de côté, appétit bon. Le malade put se lever dans la matinée.

Le traitement fut continué les 2, 3, 4 et 5, à la maison du malade. Le 2, il se sentit trop fatigué pour rester debout plus de deux heures. Le 7, il commança à venir se faire traiter chez moi, et le 17 mai, il vint pour la dernière fois. L'appétit était bon. Il avait eu régulièrement une selle chaque jour, et depuis le 1er mai il ne ressentait aucune douleur.

XI. **Catarrhe de l'intestin.**

Mme R..., quarante-cinq ans, éprouvait des douleurs dans le creux de l'estomac, ainsi que dans tout l'intestin, et était incapable de rien digérer. Il en était résulté une constipation, contre laquelle elle devait chaque jour employer un lavement.

Une sœur est morte de phtisie, un frère a souffert d'ulcérations de l'estomac et est sujet, depuis plusieurs années, aux troubles de l'estomac et de l'intestin.

L'attaque actuelle se produisit parce que la malade avait

mangé du raisin qui n'était pas mûr et bu de la bière par dessus. Subitement, apparurent de la douleur et des vomissements. La crise disparut jusqu'à un certain point au bout de deux jours, pendant lesquels elle se soumit à la diète. A ce moment, elle partit pour Paris, et, pendant son séjour dans cette ville, ne se surveilla pas assez.

Actuellement, elle est malade depuis deux mois et, depuis le début de sa maladie, elle a perdu vingt livres.

La langue est rouge, les papilles sont saillantes. Appétit mauvais. grande soif, faim avant les repas. La douleur et la gène se produisent maintenant après qu'elle a pris de la nourriture, tandis que, auparavant, longtemps après la crise aiguë, elles n'apparaissaient que plus tard.

La malade souffre beaucoup de flatulences, qui, parfois, durent plusieurs heures. Elles se produisent souvent pendant la nuit ; la malade se réveille alors brusquement, après plusieurs heures d'un sommeil agité. Les rapports sont fortement acides. Elle est constipée, pas de garde-robes sans lavements. Les selles sont irrégulières et formées de petits fragments brisés, mal moulés.

La palpation de l'abdomen montre une grande sensibilité dans l'épigastre et un malaise dans l'hypochondre gauche, au niveau de l'estomac. Douleur ressentie par la pression dans la ligne du colon descendant et, vers le bas, dans la région hypogastrique.

Pas de douleur dans le foie, lorsqu'on exécute des tapotements sur le bord du côté droit de la cage thoracique.

Dans le dos, les frictions produisent, sur le côté droit de l'épine dorsale et à peu près au milieu du bord postérieur de l'omoplate, jusqu'à la région lombaire, une sensation désagréable, qui est plutôt de la sensibilité et de la nervosité que de la douleur. Sur la partie correspondante, du côté gauche, existe de la douleur.

La malade dort mal, souffre beaucoup de douleurs de

tête, et a, depuis plusieurs années, des attaques de névralgie susorbitaire, souvent liée à la migraine.

Traitement et évolution. — Le traitement fut commencé le 5 décembre 1891, et continué régulièrement, à l'exception du jour de Noël, jusqu'au 16 janvier 1892. Depuis un mois, avant le moment où je la soignai, la malade avait observé un régime sévère, qui fut respecté pendant la première semaine du traitement ; mais à partir de ce moment, elle put manger peu à peu ce qu'elle voulait.

Les mouvements qui furent appliqués, consistaient en secousses, des deux côtés, sur le bord inférieur de la cage thoracique, sur le creux de l'estomac, pour agir sur l'estomac et sur le foie, telles que nous les avons décrites à la page 38 ; en pétrissages, particulièrement de l'estomac et du colon, ainsi qu'en pétrissage général du bas-ventre, en frictions sur le plexus solaire, en frictions du dos vers le haut et vers le bas, surtout sur les points sensibles, suivies de tapotement. De plus, on fit exécuter quelques mouvements pour agir sur la circulation générale.

Lorsque la malade, après avoir été soignée vingt-trois fois, me quitta, l'estomac était dans un état excellent, qui se maintint. La névralgie et la céphalalgie disparurent dans le première semaine, et n'ont pas reparu depuis.

XII. **Névralgie dans la région frontale droite.**

Stanislas R..., sergent de gendarmerie, trente-un ans, entra à l'hôpital de Pola, le 11 décembre 1888.

Une année auparavant, le malade eut la malaria, qui lui laissa de la névralgie intermittente. Il se plaignait alors d'une grande douleur dans la région frontale droite, qui avait continué pendant quelques jours.

Il fut traité pendant environ dix minutes, et la douleur disparut.

Progrès. — *12 décembre.* La veille, dans l'après-midi, il sentit une légère douleur, pendant une heure environ.

13 décembre. Il n'avait ressenti aucune douleur le jour précédent. Jusqu'au 17, il se trouva tout-à-fait bien. On le renvoya ce jour-là, guéri.

Traitement. — Les frictions sur le nerf sus-orbitaire et sur la seconde paire de nerfs cervicaux, produisaient une vive douleur, exactement au point de la tête où le patient souffrait le plus. Ces nerfs furent traités : le nerf sus-orbitaire par des vibrations exécutées dans la direction centripète, la seconde paire, par de légères frictions et la pression constante. Le patient fut soumis à ce traitement pendant dix minutes tous les matins.

XIII. **Névralgie frontale avec névralgie double du nerf trijumeau, après l'influenza.**

M. R..., cinquante-huit ans, dut, il y a environ trente ans, habiter la campagne, où il contracta la fièvre intermittente. Pour la combattre, il employa de fortes doses de quinine; et, lorsque la fièvre arrivait, il en prenait de plus fortes encore; ses nerfs furent attaqués et il souffrait depuis des années, de névralgie faciale.

Son sommeil était toujours court et il ne pouvait écrire, parce que sa main tremblait. Pendant longtemps, l'acte d'écrire lui donnait des maux de tête. Il a l'habitude de fumer, avant déjeuner, une ou deux pipes et en se mettant au travail, un fort cigare. Son travail est très pénible, car il a la direction d'une division, dans une des plus grandes fabriques de télégraphes, du monde.

La névralgie est une maladie de famille, sa mère en a beaucoup souffert.

État actuel de la maladie : le 11 janvier 1892, le malade était atteint de l'influenza et devait se mettre au lit le

même jour. Son médecin ne considéra pas le cas comme grave et le samedi (le 17) il sortit; de même le dimanche: Il toussait peu, mais avait un fort écoulement nasal. Le malade s'était senti fatigué, mais il ne ressentait pas de douleur particulière dans le dos ou dans les articulations: il ne paraît pas non plus avoir eu de fièvre, à proprement parler. L'appétit fut bon pendant la semaine.

Après sa promenade du dimanche, l'écoulement nasal s'arrêta et, à la place, se produisirent de violentes douleurs céphaliques frontales et bientôt après des douleurs dans les nerfs supra-orbitaires et supratrochléaires.

La douleur sur les yeux était sourde; dans les nerfs, au contraire, aiguë et lancinante. Le lundi, le patient éprouva des paroxysmes de douleurs névralgiques qui se produisirent des deux côtés de la face et du front. Les douleurs frontales augmentèrent en même temps. Le mardi, même état, avec cette seule différence, que les attaques de douleurs névralgiques apparurent plus fréquemment et se prolongèrent sans interruption jusqu'au mercredi 21, et, de même que les douleurs frontales, furent si pénibles, que le malade craignait de perdre la raison.

A midi, on me télégraphiait de venir, mais je ne pus m'y rendre qu'à six heures du soir. Le malade n'avait pas dormi depuis dimanche, et on me pria de le débarrasser de sa douleur et de lui procurer le sommeil.

État au moment du traitement : Le patient est pâle, tandis que d'ordinaire ses joues sont rouges. La peau du front et de la face est sèche et chaude. La douleur est très forte derrière le front, au-dessus et au-dessous des yeux et sur les deux côtés de la face. De légères frictions sur les nerfs supraorbitaires, supratrochléaires, nasaux, maxillaires supérieurs et sur la moitié supérieure des capsules oculaires déterminent de fortes douleurs. Les frictions sur les nerfs faciaux sont également douloureuses. Les frictions

et la pression sur la deuxième paire de nerfs cervicaux produisent également une violente douleur, tandis que de simples frictions nerveuses dans le cou ne déterminent aucune sensation de froid.

La température n'est pas élevée et le pouls est normal ; l'appétit n'est pas très bon. La langue paraît assez bien.

Traitement. — Frictions et vibrations sur les diverses branches de la cinquième paire; les plus douloureuses, étaient les nerfs supraorbitaires, supratrochléaires et nasaux, surtout ces derniers. Pendant que je traitais ce nerf, la sueur perla sur le front, la face et le cou ; et la rougeur naturelle de la face reparut. Les frictions et les vibrations sur les nerfs cervicaux, sur ceux de la tête en général et le pétrissage général du bas-ventre, terminèrent le traitement. Le patient se trouvait complètement débarrassé de la douleur lorsque je le laissai.

22. Le patient a dormi toute la nuit et est resté jusqu'à aujourd'hui, neuf heures du matin, sans douleurs. Puis elles sont lentement revenues, mais elles n'ont pas été aussi fortes que la veille. Il les ressent de nouveau sur les yeux. L'appétit était assez bon. Même traitement que précédemment.

23. Pendant la nuit, il se produisit des douleurs assez fortes, mais elles disparurent au bout d'un couple d'heures. Pour cette raison, le sommeil ne fut pas aussi bon que la nuit précédente, cependant le patient avait bien dormi depuis deux heures du matin. Les douleurs sont revenues à deux heures de l'après-midi, mais elles n'ont pas duré. Le malade resta debout tout le jour. Hier et aujourd'hui, il avait voulu lire un journal, tentative suivie chaque fois de douleurs ; mais il observa qu'elles ne se reproduisaient pas aussi brusquement. On lui défendit, les deux jours suivants, de se fatiguer les yeux. Même traitement que précédemment.

24. A bien dormi. Les douleurs n'ont pas été très violentes. Le patient est resté tout le jour debout. Traitement comme précédemment.

26. Le patient ne ressent aucune douleur. Il a éprouvé de la fatigue et de la douleur dans les yeux, à la suite des frictions. Ce matin, il a lu longuement, sans inconvénient. Les nerfs, surtout les nerfs nasaux et supraorbitaires sont encore sensibles. Il a dormi aussi bien que lorsqu'il était en bonne santé.

30. Pendant les derniers jours, pas de douleur et pas de fatigue après la lecture. Les nerfs nasaux restent sensibles, les autres le sont à peine. La tête est tout-à-fait libre. Le patient a pu sortir de nouveau ce matin, mais le traitement doit encore être continué une semaine.

6. Le patient est traité pour la dernière fois. La dernière semaine a été excellente.

Mme H..., quarante-quatre ans, fut prise, le 30 mars, d'influenza, le premier jour de ses règles, qui, par suite, furent partiellement interrompues. Elle ressentit de violentes douleurs céphaliques et de la fièvre, sans tousser beaucoup. Pendant les premiers jours, elle ressentit aussi des douleurs dans les muscles, mais elles disparurent, tandis que la céphalalgie augmentait.

Le 8 avril, je fus appelé. La malade avait encore de la fièvre; température : 100,6 F; pouls : 98. Les douleurs céphaliques étaient très intenses, derrière le front et les yeux. Les douleurs accompagnaient les filets de la cinquième paire, qui serpentent sur le front; elle ne pouvait garder les yeux ouverts, ni supporter aucune lumière.

Les frictions légères sur les nerfs supraorbitaires, supratrochléaires, et les vibrations sur la capsule de l'œil elle-même, produisaient de vives douleurs. Les frictions et la pression sur la seconde paire de nerfs cervicaux détermi-

naient de la douleur au point touché et dans toute la partie antérieure de la tête.

La malade ne dormit presque pas pendant la nuit et lorsqu'elle s'assoupissait, elle ressentait constamment des douleurs.

Le traitement consista en vibrations sur les nerfs malades, en frictions, avec pression continue variable, sur la seconde paire de nerfs cervicaux. En frictions sur les nerfs cervicaux en général et sur les filets sensitifs des nerfs dorsaux, en pétrissage léger des bras et des jambes et en pétrissages généraux de l'abdomen. Le traitement amena le résultat cherché, c'est-à-dire la diminution des douleurs céphaliques et de la névralgie.

9. Je vis la malade le soir. Température : 99°; pouls : 94. Elle avait mieux dormi. Les douleurs céphaliques restèrent faibles jusqu'au matin; puis, elles devinrent plus pénibles et étaient assez fortes lorsque j'arrivai. Même traitement que la veille.

10. Pas de fièvre ; a mieux dormi. A eu, le matin, pendant deux heures, des douleurs céphaliques avec des douleurs névralgiques lancinantes. Même état l'après-midi. Les douleurs avaient beaucoup diminué lorsque j'arrivai. La violence des attaques diminue, les nerfs sont moins douloureux au contact. Même traitement que la veille.

11. A eu, de nouveau, ce matin et cette après-midi, de la céphalalgie, mais les crises étaient beaucoup plus légères que hier. A bien dormi.

12. Pas de véritables douleurs, seulement une sensation de pesanteur dans la tête, les nerfs étaient peu ou point sensibles au contact.

13. La tête est tout-à-fait indolore.

Les deux malades n'ont plus eu de névralgies jusqu'à ce jour.

XIV. Dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moëlle.

M. J..., quarante-huit ans, homme de loi. A eu la syphilis, il y a vingt-quatre ans; elle paraît, d'ailleurs, avoir guéri assez facilement. Le patient affirme n'avoir jamais eu de symptômes tertiaires. Ses occupations étaient très pénibles, il avait travaillé, pendant de nombreuses années, toute la semaine, matin et soir, ne prenant de sommeil que pendant quelques heures, le matin. Il prenait rarement ses repas à une heure régulière, et n'y consacrait que peu de temps. Il finit par succomber, et dut quitter son travail.

Il y a trois ans, il remarqua, pour la première fois, qu'il n'avait aucune sensibilité, du côté gauche de la poitrine; en même temps, il ne se sentait pas bien et pensa que son cœur était malade. Il consulta le docteur Ramsgill, de Londres, et se trouva beaucoup mieux à la suite de son traitement.

Pendant ces deux ou trois dernières années, sa femme remarqua que sa marche était singulière, surtout lorsqu'il descendait, et lui-même se rendait compte qu'il y avait en lui quelque chose qui n'était pas régulier.

Pendant ces deux dernières années, le sens sexuel avait complètement disparu.

Il y a environ un an, le malade ressentit, pour la première fois, des douleurs dans les jambes et crut qu'elles étaient rhumatismales. Les douleurs furent très pénibles pendant six à sept semaines; durant les cinq premières nuits il ne put pas dormir, et pendant quatorze jours il ne put supporter le moindre contact sur les jambes.

Le patient constata qu'à la suite des douleurs dans les jambes, il était beaucoup moins assuré sur ses pieds,

au point qu'il lui était difficile de marcher dans les ténèbres, que la station droite était incertaine, lorsque les yeux étaient fermés, comme, par exemple, lorsqu'il se lavait ou s'essuyait le visage, et qu'il lui est difficile de monter un escalier, ou de marcher dans une chambre où il y a plusieurs personnes.

Le docteur Bernard Holt, chirurgien consultant à l'hôpital de Westminster, à Londres, lui conseilla de venir se faire soigner par moi, ce qu'il fit le 11 décembre 1893.

Etat actuel. — Le patient est assez fort, il marche d'une façon incertaine, avec les pieds fortement écartés, et doit s'appuyer sur une canne; l'expression du visage est fatiguée et affaissée, il se fatigue facilement, et ne peut pas faire plus de cent mètres sans sentir que c'est trop pour lui. Lorsqu'il monte un escalier, il doit s'appuyer fortement sur sa canne, et se retenir de l'autre main à la rampe. Pour descendre, il a des difficultés, en raison de l'incertitude de sa marche.

Il ne peut pas se tenir debout, les yeux fermés et les pieds rapprochés, sans osciller et sans craindre de tomber. Il lui semble qu'il marche sur un matelas. Il éprouve une sensation sourde dans les pieds, et il ne sent pas lorsqu'il remue les doigts et les orteils. La sensibilité tactile est affaiblie dans les pieds et dans les parties inférieures des mollets. Il ne peut distinguer avec certitude un corps pointu, d'un corps mousse, le contact d'un corps chaud, de celui d'un corps froid.

Les papilles sont contractées et ne réagissent pas à la lumière. Les douleurs dans les jambes ne se produisent pas aussi souvent et ne sont pas aussi violentes que précédemment. Il n'a pas eu de douleurs en ceinture.

Le réflexe patellaire et le réflexe crémastérien ont disparu.

L'appétence sexuelle a presque complètement disparu :

jamais de spermatorrhée. Le corps est couvert de cicatrices.

On ne fit pas les épreuves électriques.

Traitement et évolution. — Les mouvements appliqués, furent le pétrissage des muscles du bras, la flexion et l'extension sans résistance et suivies de frictions sur les divers nerfs des bras. Pétrissage des muscles de la jambe, rotation des jambes (fig. 52); frictions sur les nerfs des jambes; flexion et extension des genoux (fig. 57), accompagnées de tapotement sur les régions sacrée. fessière et périnéale (fig. 12, 15, 16); frictions sur les nerfs sensitifs dorsaux, lombaires et sacrés, et sur la partie postérieure des jambes, suivies de tapotements, pendant que le malade est couché sur le ventre (fig. 10); flexions en avant (fig. 55), pendant lesquelles le patient se courbait sur une barre, de façon à se donner de la sûreté; torsion du tronc (fig. 68); rotation des pieds; flexion et extension des pieds avec résistance, et suivies de frictions sur les nerfs de la plante des pieds; pétrissage de l'abdomen dans son ensemble, suivi de frictions sur le plexus hypogastrique, frictions sur les nerfs de la tête et du cou et vibrations sur la partie supérieure du globe de l'œil. Le patient fut traité une fois par jour. Au début, il se reposait après chaque séance, mais ensuite, il pouvait rester tout le jour dehors sans éprouver la moindre fatigue.

Lorsque nous cessâmes le traitement, le 14 février 1894, on constatait les améliorations suivantes :

Le malade avait rarement ressenti pendant le dernier mois les douleurs des jambes; il n'éprouvait la douleur sourde dans les jambes que lorsqu'il avait beaucoup marché, il avait conscience parfaite des mouvements des orteils et des doigts; le patient se rendait compte lorsqu'on le touchait et du point touché. La sensibilité n'était point détruite; il savait exactement si on le touchait avec

une pointe aiguë ou mousse, avec un corps chaud ou froid.

Le patient était solide et sentait bien le sol sous les pieds, il n'avait pas besoin de s'appuyer, lorsqu'il se lavait ou s'essuyait le visage. Il pouvait monter ou descendre les escaliers sans l'aide d'une canne ; il n'écartait plus les pieds l'un de l'autre, au contraire, il rapprochait à chaque pas ses pieds l'un de l'autre.

Pendant tout ce dernier mois, il a circulé toute la journée, sans s'en trouver plus mal pour cela.

Les pupilles réagissent bien à la lumière.

Le réflexe patellaire n'est pas revenu, mais le réflexe crémastérien a reparu jusqu'à un certain point, et le sens sexuel ne laisse rien à désirer. Le patient paraît très bien et doit venir au bout de trois mois subir un nouveau traitement d'un mois.

Les deux faits suivants sont une preuve de l'amélioration. Un matin, pendant les quatorze derniers jours de son traitement, le malade sauta d'un omnibus en pleine marche, pour venir me parler. Lorsqu'il vint me voir, le dernier jour, il me montra lorsque je l'eus encore une fois examiné, qu'il pouvait se tenir sur une jambe ou sur l'autre, sans perdre l'équilibre.

Le 11 mai, il m'écrivit que son état n'avait nullement empiré, qu'au contraire, il s'était amélioré ; il pouvait faire deux ou trois milles anglais et, de plus, passer plusieurs heures dans son jardin, sans ressentir de fatigue. Plusieurs fois, il ressentit les anciennes douleurs dans les jambes mais très rarement, et de beaucoup moins violentes que précédemment.

Le 23 mai, il revint se faire soigner et son état paraissait remarquablement bon. Mais au bout de quatorze jours, il eut la mauvaise chance, en descendant un escalier, de glisser et de se rompre le tendon d'Achille. Le repos deve-

nait nécessaire, et comme il pouvait surtout le trouver chez lui, il dut quitter Londres le 8 juin.

La secousse de l'accident n'eut aucune influence fâcheuse sur l'état général du patient. Mais il se pourrait que l'état inoccupé dans lequel il se trouve ait une influence fâcheuse sur son état, car j'ai constaté que le repos complet, recommandé par tant de médecins, est mauvais, et que le mouvement, dans la mesure où son état le lui permet, est une bonne chose.

XV. **Goutte.**

M. E..., entre quarante-cinq et cinquante ans, avait eu, il y a vingt ans, une première attaque de goutte. Depuis, il était plus ou moins sujet à cette maladie. L'intervalle entre chaque attaque était variable. Une fois même, il était resté plusieurs années indemne. Dans ces derniers temps, les attaques avaient été plus fréquentes et avaient duré plus longtemps.

Tout à fait au début, chaque attaque était précédée de grandes douleurs, qui, un peu plus tard, tendaient à diminuer.

Les longues crises de l'année passée n'étaient pas d'abord accompagnées d'une élévation de température ; mais, plus tard, lorsque le corps fut plus affaibli, chaque nouvelle attaque était accompagnée de fièvre.

Le patient tenait la goutte de son père, qui en avait beaucoup souffert.

Il souffrit beaucoup, l'année précédente, de douleurs névralgiques dans la tête.

Le malade fut traité comme à l'ordinaire. Il fit plusieurs cures balnéaires : Karlsbad, Kissingen, Hombourg, etc. Le 19 février 1894 il vint me voir.

État actuel. — Le 1er septembre 1893, en se rendant de Vissingen à Queenboro, il fut pris d'une attaque de

goutte. Depuis cette époque, il ne s'est jamais bien trouvé, puisque une attaque succédait rapidement à l'autre, et que leur violence allait en augmentant, et qu'elles le laissaient de plus en plus faible. Il partait à ses affaires et était obligé de revenir à la maison et de garder le lit.

Le patient était pâle et amaigri. Depuis le mois de septembre son poids avait beaucoup diminué. Il souffre de catarrhe de l'estomac et, depuis des années, il n'a pu aller à la selle sans moyens artificiels. Il marche gauchement, parce que l'articulation de la cheville, et aussi, en partie, celle du pied, sont rigides.

Le gros orteil et les articulations de la cheville sont gonflés. Le genou gauche est fortement gonflé ; on ne trouve ni rougeur ni grande sensibilité en ces points. Les pieds sont recouverts de grosses gouttes de sueur. Dans l'articulation des chevilles, la mobilité est un peu diminuée ; elles craquent lorsque le pied remue.

Traitement et évolution. — Le malade commença son traitement le 20 février. Il consista en pétrissage des bras et des jambes et surtout des parties atteintes. On appliqua aussi, immédiatement, d'autres mouvements actifs et passifs, frictions sur les nerfs du dos, suivies de tapotement : tapotement sur la région lombaire, pendant que le patient se courbait en avant et se redressait (fig. 55) ; et enfin pétrissage général de l'abdomen, avec traitement particulier de l'estomac, pour le catarrhe du colon, etc. ; shaking du foie contre la constipation. On appliqua alternativement avec le pétrissage des parties malades, de profondes et lentes frictions.

La tuméfaction du genou disparut très rapidement, mais, au bout de deux jours, le gros orteil droit commença à être douloureux. Ce fut le commencement d'une série de phénomènes aigus, qui ne disparurent que lorsque toute la série qui s'était produite auparavant eût apparu. La

température monta à chaque nouvelle attaque à 100 et à 100,8 F.

Le gonflement et la rougeur étaient intenses et la douleur très vive. Le patient transpirait beaucoup par tout le corps et la sueur lui coulait presque des pieds. Il était très affaibli le matin et à midi ; il avait un appétit moyen.

A partir du 3 mars, le malade fut traité régulièrement chez lui tous les soirs. Je lui appliquai d'abord le pétrissage général des extrémités, *tandis que je faisais un traitement particulier pour les parties enflammées.* Pétrissage général de l'abdomen, frictions sur les nerfs du cou, de la tête et du dos.

Chaque soir, lorsqu'une nouvelle articulation était enflammée, j'avais le plaisir, avant de laisser le malade, de lui entendre dire que la douleur l'avait abandonné, et quand je revenais, le jour suivant, qu'il avait passé une bonne nuit.

Il va de soi, que lorsque l'on traite une tuméfaction enflammée, comme celles que l'on rencontre dans la goutte, *on doit commencer le traitement au-dessus de la tumeur ; on doit l'appliquer avec une main très légère ; chaque mouvement de pétrissage doit être appliqué avec lenteur et avec une main dépourvue de toute raideur ; et le médecin doit être absolument maître de la partie qu'il traite, de telle sorte qu'aucune espèce de mouvement ne puisse se produire dans les articulations enflammées.*

Les membres furent traités dans l'ordre suivant : le gros orteil droit avec les articulations du pied et de la cheville, le genou droit, le genou gauche, le gros orteil gauche avec les articulations du pied et de la cheville, le coude droit et les articulations de la main gauche. Les crises, dans ce dernier membre, au point de vue de la douleur, étaient le plus violentes, il resta le plus longtemps sensible et raide.

A peine l'inflammation avait-elle passé dans un membre qu'elle apparaissait de nouveau dans un autre. Ils furent tous atteints et délivrés de l'inflammation aiguë, jusqu'au 10 mars ; ainsi donc en huit jours.

Le patient fut encore traité pendant deux semaines chez lui, car il éprouvait de la peine à trop se mouvoir et il se fatiguait à faire les trois quarts de lieue qui le séparaient de ma maison.

L'état du patient s'améliora d'une façon continue, à l'exception de deux attaques dans le genou gauche. La première se produisit le 7 mai et fut accompagnée d'une faible fièvre. La seconde, le 16 avril, mais sans fièvre et le genou ne gonfla pas.

A partir du 27, il alla régulièrement à ses affaires.

Lorsque, au bout de deux mois et demi, le 5 mai, il cessa son traitement, il se sentait très bien ; il pouvait marcher plusieurs heures sans difficulté et sans ressentir trop de fatigue. Son estomac était en bonne santé et il ne souffrit plus de la constipation.

Mme Y..., quarante-cinq ans, a souffert plusieurs années de la goutte. Elle me consulta, le 25 juin 1892.

Elle fut traitée de la manière ordinaire, alla à Karlsbad, Wiesbaden, Aix-les-Bains, etc. Elle revint plus affaiblie de cette station, l'année précédente. Son épaule droite est beaucoup plus haute que l'autre, et il y existe de la raideur. Le bras droit ne peut être remué au niveau de l'articulation de l'épaule à cause de la douleur. Aussi, depuis une année, il s'est plus ou moins atrophié. L'articulation n'est pas gonflée, mais très sensible. Au niveau de l'union de la sixième et de la septième côte avec leurs cartilages respectifs, on trouve des tuméfactions arrondies et douloureuses. Elle souffre de troubles digestifs, d'une perte presque complète de l'appétit et de constipation. Elle commença son traitement le 27 juin. Il consista en pétris-

sage de l'épaule et autres mouvements passifs pour l'articulation de l'épaule, ainsi qu'en mouvements actifs de cette articulation; en pétrissage des parties gonflées, au point de réunion de la cinquième et de la sixième côte avec leurs cartilages; en mouvements pour l'élargissement de la poitrine; en quelques mouvements pour améliorer l'attitude anormale de l'épaule droite; pour l'état général, en frictions sur les nerfs du dos, suivies de tapotement; en pétrissage général et spécial de l'abdomen, accompagné du shaking du foie pour les troubles digestifs et la constipation.

La malade fut traitée une fois par jour. Le 10 juillet, je dus partir pour Baden-Baden, mais elle continua son traitement avec mon assistant, M. Wilcke, et avec un résultat tel, que le 27 juillet, elle pouvait imprimer à son bras des mouvements normaux dans toutes les directions; elle ne portait pas l'épaule droite plus haut que l'autre; les tumeurs, au point d'union des sixième et septième côtes avec leurs cartilages, avaient disparu et la place qu'elles occupaient n'était plus douloureuse; l'appétit était bon, plus de constipation. La patiente n'a plus eu depuis une seule attaque de goutte.

XVI. **Lupus erythémateux.**

Mlle C..., vingt-deux ans, vint se faire soigner dans la première semaine d'avril 1890, pour la faiblesse générale et la chlorose. Elle avait sur chaque joue une tache d'un rouge intense; elles s'unissaient l'une à l'autre sur le dos du nez. Cette rougeur avait apparu quatre ans auparavant et avait augmenté peu à peu; elle présentait actuellement la forme d'un papillon. La peau était épaissie et élevée sur ces parties. Sur la partie inférieure, de chaque côté, on pouvait voir de petites cicatrices, surtout du côté droit.

Çà et là, on voyait sur tout le front et le visage, de petites taches, mais leur coloration n'était pas si intense. Il n'y avait pas de croûtes, mais seulement de petites écailles blanches, que l'on n'observait pas tous les jours, parce que la malade se débarbouille avec beaucoup d'énergie.

Tout d'abord, elle ne voulut pas me permettre de faire rien pour son visage, parce que justement elle venait de commencer à employer un nouveau remède. Nous convînmes que si, au bout de quatorze jours, il ne s'était produit aucune amélioration, elle suspendrait l'emploi de son médicament et me permettrait d'essayer le traitement manuel. Lorsque ce temps fut écoulé, les taches sur les joues et le nez étaient plus rouges qu'auparavant. Je commençai immédiatement.

Mon traitement ne consista qu'en un léger pétrissage de la peau. Sur les joues, je prenais de petits morceaux de peau, les uns après les autres, entre le pouce et l'index. Je les roulais et les pétrissais avec beaucoup de soin, puis je plaçais le côté interne de ma main sur le point malade et j'exécutais quelques pétrissages lents et doux. Sur le nez, j'employais les pointes des doigts, à peu près de la même manière.

Le traitement fut continué trois semaines. Au bout de ce temps, le visage était complètement débarrassé des taches et on ne voyait plus aucune trace des cicatrices qui se trouvaient dans les angles inférieurs des joues. La peau était aussi blanche et molle qu'avant la maladie.

Chose remarquable, pendant que je la traitais, on observa des pustules superficielles, blanches, très petites, mais autour desquelles la rougeur n'augmentait pas. Elles disparaissaient d'un jour à l'autre et laissaient une petite tache très claire, sur laquelle la peau paraissait normale.

Elles se réunissaient et formaient de grandes plaques sans aucune rougeur et, en même temps, la couleur géné-

rale disparaissait. Les points qui résistèrent le plus furent ceux du dos du nez et la pointe inférieure des taches sur les joues.

XVII. Sciatique.

I. Joseph Scopac, marin, vingt-trois ans, atteint d'une gonorrhée le 18 juin 1888. Le 5 juillet il avait de la cystite. Le 2 août, douleur dans la région fessière. Le 28 août, conjonctivite de l'œil gauche; 29 août, injection ciliaire; 31 août, œdème palpébral; 1er septembre, iritis avec hémorrhagie de la chambre antérieure et opacité de la cornée; 5 septembre, diminution de la pression intra-oculaire; 8 septembre, douleur dans la jambe gauche; 20 septembre, dans la cheville gauche; 5 octobre, douleur dans le cou.

Le patient dit que lorsque la douleur dans les yeux augmente, celle de la jambe devient aussi plus considérable; le 15 octobre, l'injection ciliaire diminua; le 22 octobre, les glandes du cou et de l'aine étaient enflées, il y avait des masses blanches sur les amygdales.

On ordonna des frictions avec l'onguent mercuriel et de l'iodure de potassium.

Le 6 décembre, le malade se plaignait de douleurs dans l'articulation de la hanche gauche et surtout dans la région située entre le grand trochanter et le tubercule de l'ischion; faiblesse musculaire, qui faisait chanceler le malade du côté gauche pendant la marche. Lorsqu'il reposait sur le côté droit, il ne pouvait pas lever la jambe gauche, au moins sans être aidé.

La pupille de l'œil gauche était immobile, opacité du cristallin; il pouvait à peine compter les doigts à une distance de deux mètres; petite injection cilaire dans les angles latéraux de la cornée.

Dans l'œil droit, la papille et les parties qui l'avoisi-

nent étaient rouges et on pouvait à peine les distinguer. Pas de douleurs, bonne vue.

Le traitement commença le 6 décembre.

Progrès. — *10 décembre.* Pas de douleur, seulement faiblesse dans la jambe, rendant la marche difficile. Injection cilaire disparue.

14 déc. Marche plus droit.

17 déc. Marche bien, paraît beaucoup mieux, peut faire presque autant de résistance avec la jambe malade qu'avec la jambe saine.

18 déc. Congédié comme guéri de la sciatique.

Traitement. — Le patient est couché dans le décubitus dorsal. On fit des frictions transversales pendant quelques minutes sur le grand nerf sciatique, au niveau du point où il passe entre le grand trochanter et le tubercule de l'ischion. Ce nerf fut suivi dans son trajet jusqu'au creux poplité et on fit aussi des frictions sur les branches sensitives qui traversent les trous sacrés postérieurs.

Contre la faiblesse musculaire, j'employai le pétrissage et les autres mouvements passifs et actifs représentés dans les fig. 69-71.

Quant aux yeux, j'appliquai des frictions sur ces organes, des frictions et des vibrations sur les branches sensitives de la cinquième paire qui sortent autour de l'orbite et enfin des frictions sur l'œil lui-même. (Fig. 21, 32, 36, 40.)

II. J. Slobec, contre-maître à l'arsenal naval de Pola, âgé de quarante-sept ans, fut atteint d'un refroidissement très fort, le 5 février 1889. Il fut obligé de prendre le lit à la suite de douleurs dans la jambe gauche et resta quinze jours chez lui en traitement. Il fut alors transporté à l'hôpital et le 22 du même mois, je commençai à le traiter.

Le patient était très grand ; il avait un aspect maladif et était amaigri, ses joues étaient enfoncées. Il souffrait

d'une grande douleur dans la jambe gauche. Elle partait de la région fessière et se dirigeait directement en bas vers le talon et la plante du pied. La douleur était constante jour et nuit. Il lui était impossible de pouvoir dormir.

Il ne pouvait pas se tenir debout sur son pied gauche, mais il le portait en avant, touchant seulement le sol avec ses orteils et il tenait le genou courbé, la région fessière tirée en dedans.

Il ne pouvait pas non plus reprendre sa taille ordinaire. La douleur était pire lorsqu'il se tenait debout. Il pouvait seulement marcher avec la plus grande difficulté de la salle de garde à la salle d'opération, et il lui fallait s'appuyer, d'un côté sur une canne et de l'autre sur un infirmier. Il faisait de très petits pas. La peau était écaillée sur de vastes surfaces à la région fessière, par suite de fortes applications de teinture d'iode. Les frictions sur le grand nerf sciatique, dans la région fessière et sur tout son trajet au-dessous de ce point, causaient une très grande douleur.

La région fessière gauche était enfoncée, les muscles étaient mous et relâchés.

Progrès. — Je le traitai immédiatement, dans la matinée. La douleur était très diminuée après une application de 18 minutes.

23 févr. Le jour précédent il n'avait presque pas de douleur, jusqu'à six heures du matin; mais, à ce moment, non plus que dans la nuit, la douleur ne revint pas, de beaucoup s'en fallait, aussi intense que précédemment; il dormit donc quelques heures. Il marchait avec un peu plus de facilité.

24-25 févr. Le malade ne fut pas traité.

26 févr. L'amélioration du 23 avait continué.

27 février. Le malade se trouva beaucoup mieux et

dormit bien pendant la nuit. Après le traitement il marchait sans assistance et se tenait bien droit. Il se servait de la jambe gauche.

1er mars. Il ne ressent aucune douleur pendant le jour, lorsqu'il reste tranquille ; mais lorsqu'il marche, il éprouve quelque chose dans la région fessière. Il marche en faisant de grands pas. Il ressent un peu de faiblesse au niveau de l'articulation de la hanche, c'est pourquoi il n'ose pas marcher beaucoup. Il se tient plus droit ; il peut se tenir longtemps debout sans éprouver de douleur ; il dort aussi profondément que s'il était tout à fait bien.

4 mars. Hier, il a marché vingt minutes dans l'après-midi et vingt dans la soirée, d'une seule traite, sans éprouver aucune douleur.

6 mars. Il peut marcher sans canne et en faisant de grands pas. Il a marché environ pendant une heure.

7 mars. On a commencé les mouvements actifs.

9 mars. A descendu le jour précédent un étage et s'est promené pendant une heure avant déjeuner, et une heure après déjeuner ; à la suite de cet exercice, a ressenti un peu de douleur dans la soirée, mais elle a vite disparu. Lorsqu'il monte des escaliers, il ressent un peu de faiblesse dans les muscles fessiers du côté gauche.

11 mars. Le jour précédent a beaucoup marché : il a aussi descendu deux étages et les a remontés. Il a encore ressenti la faiblesse dans la région fessière, mais la douleur n'a pas reparu.

18 mars. Samedi il est allé à sa maison, où il est resté le dimanche. Il s'est senti bien tout ce temps. Il a seulement éprouvé un espèce de picotement dans le mollet, après avoir marché pendant plusieurs heures. La faiblesse de la région fessière est si insignifiante que c'est à peine si elle lui cause quelque gène.

19 mars. Il s'est promené par la ville durant six heures :

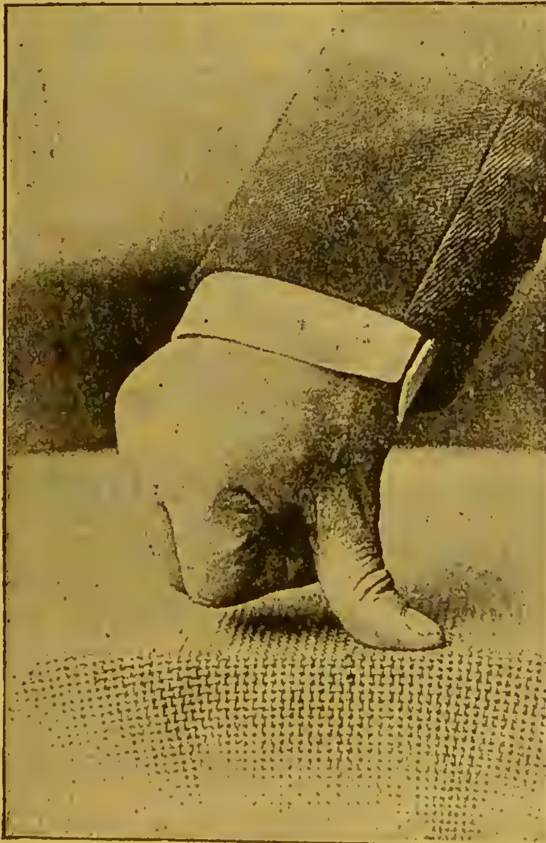
pendant une partie de ce temps, il a gravi une colline. Aucune suite fâcheuse, a bien dormi, n'a ressenti aucune faiblesse dans la région fessière, les muscles ont repris leur fermeté et leurs tonus.

22 *mars*. A promené six heures, le 20, sept heures, le 21, et chaque fois une partie du temps sous la pluie, sans inconvénient.

23 *mars*. S'est de nouveau refroidi ; la jambe gauche a été saisie d'un tremblement, et il a ressenti une légère douleur dans la région fessière et dans l'espace proplité. Cette douleur disparut rapidement, lorsqu'il se fut reposé, et ce matin il était aussi bien que possible.

28 *mars*. Il n'a pas subi de traitement depuis le 23. Il a

FIG. 72.



marché chaque jour de sept à neuf heures et s'est trouvé bien pendant tout ce temps. Il est attaché au service des conduites d'eau, ce qui nécessite beaucoup de déplacements, car ses ouvriers travaillent non seulement dans les diverses parties de l'édifice, mais aussi dans la ville. Je l'ai traité aujourd'hui (28) pour la dernière fois. Je l'ai rencontré depuis, en ville, et il m'a dit qu'il se portait bien. Un jour, il a même dû marcher pendant onze heures.

Traitement. — Comme j'avais observé le grand effet produit dans le cas de lumbago traumatique et rhumatismal, par les vibrations sur les points les plus douloureux, je me décidai à adopter cette forme de traitement dans ce cas et à en expérimenter la valeur. Dans le premier des deux cas de sciatique mentionnés ci-dessus et auparavant, j'avais toujours employé les frictions, mais elles sont trop douloureuses au moment de l'application. Cet homme souffrait si terriblement que je ne pouvais y avoir recours, à moins qu'elles ne fussent absolument nécessaires.

Le patient était placé dans le décubitus ventral, la jambe gauche croisée sur la droite, comme dans la fig. 5. Je plaçai alors la dernière phalange de mon pouce (il y avait un linge interposé entre mon pouce et la peau) sur le grand nerf sciatique, juste au point où il sort du pelvis, fig. 72, et j'appliquai les vibrations, le premier jour pendant dix-huit minutes et les jours suivants pendant quinze minutes. Les bons effets de cette méthode se manifestèrent rapidement. Le traitement fut fait une fois par jour. Les mouvements actifs que j'appliquai ont été représentés dans les fig. 57, 58 et 70.

Le patient ne fut pas traité le 24 et le 25 février, le 3, le 16, le 17, le 24, le 25, le 26, le 27 mars. Il subit ainsi, seulement vingt-six séances, avant que le résultat indiqué plus haut ait été obtenu.

XVIII. **Lumbago traumatique et sciatique de la jambe droite.**

M. E..., trente-huit ans, éprouva un accident en mai 1887. Son cheval fit un écart, juste au moment où il le montait, la courroie de l'étrier fut brisée et il fut presque jeté à terre. A ce moment, il ressentit une légère douleur dans la partie inférieure du dos, qui alla en augmentant pendant les trois ou quatre jours suivants. Elle descendit graduellement le long des cuisses, surtout du côté droit. Il fut traité pendant cinq semaines environ, à Gothenburg, par le massage et il s'améliora graduellement. Pendant sa maladie, il continua à monter à cheval plusieurs heures chaque jour.

En octobre 1887, en faisant un effort brusque pour chausser une botte, la même douleur le reprit. Cette fois la douleur arriva à son apogée au bout de quatre à cinq heures environ. Il fut de nouveau traité par le massage, à Gothemburg, pendant deux mois, jusqu'à ce qu'il fût tout à fait guéri.

Histoire actuelle. — Le 8 février 1888, il soulevait un poids très lourd. Il éprouva une légère douleur dans la région lombaire, au même point qu'auparavant et cette douleur augmenta jusqu'au mardi 14, jour où le patient éprouva une grande difficulté à marcher, à mouvoir son dos ou à se tenir debout. Lorsqu'il était depuis quelques temps dans une position (qu'il fût debout, assis ou couché), il ne pouvait changer sa position qu'avec la plus grande difficulté ou la plus grande douleur.

Il ne pouvait pas étendre complètement la jambe au niveau de l'articulation du genou; la névralgie de la région ischiatique consistait en un élancement brusque et il la ressentait surtout dans la région fessière entre le grand trochanter et la tubérosité de l'ischion, dans le

creux poplité et sur la face dorsale de la jambe, un peu sur la face interne. Il se produisait aussi une sensation de froid, qui rayonnait de chaque côté du coccyx, sur les régions fessières. Les nerfs sensitifs du sacrum étaient très sensibles à la pression et à la friction.

Progrès. — Le mardi 14, je commençai le traitement. La douleur fut soulagée après la manipulation, ainsi que le jour suivant; mais le soir il prit un fort refroidissement et la douleur fut plus forte que jamais.

15, 16, 17 février. Il fut traité deux fois chacun de ces deux jours. Le 17, il se trouva assez bien pour sortir toute la soirée.

26 février. La douleur du dos avait presque entièrement disparu. La douleur revenait encore dans les nerfs sciatiques et les autres branches nerveuses du plexus sacré, après de longues marches.

3 mars. La raideur de la jambe avait presque disparu. Il pouvait marcher sans difficulté ni douleur, 10 mars. Ne fut pas traité le 4, le 5 et le 6, parce qu'il avait fait un voyage d'excursion, c'est-à-dire qu'il avait beaucoup marché. Mais il se sentit bien pendant tout ce temps. Le traitement fut continué pendant une autre semaine.

Traitement. — Le malade a été traité tous les jours, excepté les 15, 16 et 17 février. Frictions sur les branches sensitives sciatiques et sacrées et vibrations sur les points les plus sensibles. Mouvements actifs depuis le premier jour, comme dans les fig. 57, 58 et 71.

L'exercice représenté dans la fig. 57 devait être commencé au niveau du plancher, avec les orteils fixés contre le mur, et, lorsque la séance finissait, on l'exécutait à une hauteur normale, avec le talon au niveau du derrière.

XIX. **Lumbago rhumatismal.**

F..., âgé de trente-deux ans, capitaine de la marine I. autrichienne, prit un refroidissement après un bain de vapeur, le 15 décembre 1888. Le 17, il vint à l'hôpital de la marine. Il se plaignait de douleurs dans toute la région lombaire, s'irradiant vers la région fessière. A l'examen, on trouva que la douleur était le plus forte au niveau de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre lombaire. Il ne pouvait pas se déshabiller sans aide, ne pouvait pas marcher droit et ne pouvait courber le dos. Il avait, depuis plus d'un an, plus ou moins souffert de rhumatismes.

Progrès. — Après la première application, le malade pouvait se remuer librement et la douleur avait cessé.

18 déc. Hier, vers le soir, la douleur revint, mais pas aussi violente qu'auparavant. Après le traitement, aujourd'hui, elle cessa de nouveau.

19 déc. La douleur ne reparut pas. Il pouvait sauter sur la table à massage, après le traitement.

20, 21 et 22 déc. Le dos était complètement indolore ; tous les mouvements faciles, le traitement fut suspendu.

Le 21, le patient se plaignit d'une douleur au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil. Il y avait un gonflement rouge sombre en ce point, long de 2 1/2 cent. et large de 1 1/2 cent., qui était très sensible au toucher. Pendant ces derniers jours, nous avons eu un temps très froid, qui a été cause de cette engelure. Après le traitement, qui consista en pétrissage et en vibrations, la douleur et la tension diminuèrent beaucoup.

22 déc. Pas de tension, douleur seulement lorsqu'on exerçait une forte pression.

Le patient était traité pendant un quart d'heure environ chaque jour. L'engelure fut traitée pendant quelques minutes.

XX. Lumbago traumatique et rhumatismal.

Délise, quarante-deux ans, ouvrier à l'arsenal maritime de Pola, commença son traitement le 10 février 1889.

Le patient, pendant le mois de mai 1888, avait soulevé une lourde pièce de fer et avait été renversé par le poids. Il ressentit alors une certaine douleur dans la région lombaire du dos. Il continua à travailler, bien que la douleur empirât graduellement. Il prit aussi un refroidissement, dont le siège était également le dos. Au bout de très peu de temps, il devint impropre aux gros travaux, et on ne lui en confia plus que de légers.

Après quelques semaines, au mois de juin, il ne pouvait même pas remplir cette tâche, car il éprouvait dans le dos une grande douleur, non seulement lorsqu'il se déplaçait, mais aussi lorsqu'il restait au repos. Il fut traité par plusieurs médecins de Pola et de Trieste, mais aucun d'eux ne put le soulager. En octobre 1888 il entra à l'hôpital de la marine ; et, au bout de quelques semaines, il se trouvait un peu mieux, lorsqu'il le quitta. Bientôt les douleurs reparurent avec leur intensité première et devinrent si fortes qu'il ne pouvait fermer l'œil pendant la nuit, et avait entièrement perdu l'appétit. Il rentra de nouveau à l'hopital et on me demanda de le traiter.

Le *10 février,* son état était le suivant : Le patient était très pâle et semblait très épuisé. Ses joues étaient très enfoncées, son aspect était absolument lamentable. Il se plaignait de douleurs graves et continues dans la région lombaire, s'irradiant vers les régions fessières ; il était plus mal le soir, et il ne pouvait prendre que très peu de repos, parfois la douleur était si violente qu'il poussait de grands cris.

Il ne pouvait se tenir debout plus d'une ou deux minu-

tes chaque fois, et se courbait en avant. Il lui était impossible de s'habiller ou de se déshabiller seul.

Lorsqu'il était couché sur la table à massage, le visage tourné en bas, la partie de la région lombaire au niveau de la première et de la seconde vertèbre, n'avait pas la courbure normale, mais était légèrement saillante en arrière. Par contre, c'est ce point qui était le plus douloureux à la friction et à la pression. C'est également à ce niveau, que le patient accusait la plus grande douleur, même lorsqu'on ne le touchait pas. Il était extrêmement sensible sur les côtés, en descendant vers la base de la colonne vertébrale. Les grands nerfs sciatiques étaient douloureux à la friction.

Progrès. — 10 février. Je le traitai immédiatement. Comme l'affection durait depuis si longtemps, je continuai l'application pendant 25 à 30 minutes. La douleur était alors très diminuée. La réaction suivit et il devint très faible, comme s'il était fatigué, et il ne pouvait se tenir debout. On dut le porter en bas.

11 février. Le jour précédent, le malade avait ressenti une grande amélioration et avait été plus tranquille que cela ne lui était arrivé depuis plusieurs mois. Son sommeil était moins troublé, la douleur moins forte. Lorsqu'elle revint, dans la nuit, il essayait d'imiter ma manipulation et obtenait ainsi du soulagement. Lorsqu'il quitta la chambre, les autres médecins présents appelèrent mon attention sur la liberté de sa démarche, très sensible à l'œil.

12 février. Il avait dormi toute la nuit Les douleurs radiantes sur la région fessière avaient disparu ; et seuls, les points primitifs de la région lombaire, étaient douloureux. Le patient avait meilleure mine et se couchait de lui-même sur la table à opération, sans aucune difficulté.

13 fév. Il dormait bien, pas de douleur, excepté lorsqu'il se déplaçait. Pendant la nuit, il ressentait seulement une sorte de sensibilité dans le dos.

16 fév. Il dormait bien, ne ressentait aucune douleur pendant la nuit. Il avait un vif appétit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis de nombreux mois.

18 fév. Ressent de la douleur, seulement lorsqu'il exécute des mouvements rapides. A commencé à exécuter librement des mouvements actifs. La difformité du dos a disparu.

26 fév. S'est habillé sans assistance. Il peut, les mains étendues vers le haut, se courber latéralement et en avant, sans aucune aide. La douleur produite par la pression ou les frictions a beaucoup diminué. Il put marcher longtemps sans se trouver plus mal.

5 mars. Pendant quelques jours, n'a pas éprouvé de douleurs après la marche; il est dehors presque tout le jour; il exécute les mouvements actifs, de mieux en mieux, chaque matin.

9 mars. Il était si amélioré, qu'il aurait pu être renvoyé de l'hôpital, mais il y resta pour continuer son traitement quelques jours de plus. Les mouvements actifs allaient très bien. En se penchant en avant, il pouvait toucher le plancher avec les mains. Dans la matinée, ces mouvements étaient un peu douloureux au commencement : mais dans l'après-midi il ne ressentait rien.

16 mars. Le traitement fut arrêté. Il continua les mouvements actifs chez lui. Au bout d'une semaine, il reprit son travail à l'arsenal.

Traitement. — Dans le rhumatisme et le lumbago traumatique, je limite toujours mon traitement aux points que je trouve être les plus douloureux à la friction. J'ai procédé de la façon suivante dans ces deux cas :

Je plaçais mes mains de la manière représentée dans la

fig. 73, la première phalange du pouce sur un côté de la colonne vertébrale et ceux de l'indicateur et du médius sur l'autre, au-dessus des points qui étaient les plus douloureux. On doit remarquer que l'on n'appliquait pas l'extrémité des doigts, à proprement parler. J'exécutais alors, alternativement, de légères frictions et vibrations et,

Fig. 73.



ensuite, dans les deux cas, des mouvements actifs, libres, consistant simplement en flexions et torsions dans diverses directions en prenant bien soin que les positions restassent correctes.

Tout d'abord, pendant l'application des exercices actifs,

j'exécutais toujours le pétrissage sur le siège de la douleur, tandis que le malade se mettait en mouvement. Je facilitais ainsi le mouvement qui devenait meilleur.

Dans le second cas, le malade était traité une fois par jour, le matin, pendant vingt minutes, à l'exception du premier jour. Lorsqu'il eut commencé les exercices actifs, il les répétait une fois, chaque après-midi.

XXI. **Torticolis et céphalalgie rhumatismale.**

H. E..., ouvrier à l'arsenal maritime, quarante-huit ans, entré à l'hôpital maritime de Pola, le 15 mars 1888.

Trois mois auparavant, il avait eu une fièvre, après laquelle il lui resta de la raideur dans le cou et de grands maux de tête dans la région occipitale. La raideur et les maux de tête augmentaient graduellement. Son mal de tête était un peu soulagé, lorsque le patient reposait sur le dos. A l'infirmerie, il fut traité par l'antipyrine et le salicylate de soude. Il avait pris, en tout, 9 grammes de cette première substance et 40 grammes de la seconde.

Le *10 décembre 1888*, je commençai à le traiter. Il ne pouvait mouvoir la tête dans aucune direction. Le mal de tête occipital était alors très marqué. Les muscles cervicaux étaient sensibles jusqu'aux épaules. Parfois, la douleur descendait jusqu'aux bras. La plus légère friction sur le grand nerf occipital causait une douleur intense.

Progrès. — A la date indiquée plus haut, je commençai le traitement. Après la première séance, le patient pouvait assez facilement mouvoir la tête latéralement, en avant et en arrière.

11 déc. L'amélioration du jour précédent continua. Après le traitement, la douleur était très diminuée et les mouvements étaient plus libres.

14 déc. L'application du traitement, et les mouvements,

qui, maintenant, sont normaux dans toutes les directions, sont indolores. Pas de mal de tête.

15 déc. Pas de traitement.

16 déc. Se plaignait de bourdonnements dans les oreilles et de douleurs au niveau de ces organes ; sensibilité du sterno-cleïdo-mastoïdien et sensibilité et craquements de l'articulation temporo-maxillaire.

17 déc. Bruit dans l'oreille, moindre ; de même que la douleur dans le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, la douleur au niveau de l'oreille et les craquements dans l'articulation du maxillaire inférieur.

18 déc. Le bruit dans l'oreille a presque complètement disparu. Pas de douleur en aucun point.

19 déc. Renvoyé comme guéri.

Traitement. — On constata que le siège de la plus grande douleur se trouvait au niveau de l'insertion des muscles du cou à l'os occipital ; c'est donc en ce point que j'appliquai surtout le traitement, qui consista en pétrissage. Quant aux muscles eux-mêmes, je les traitai seulement très légèrement.

Le pétrissage était suivi de mouvements actifs et passifs, comme dans les fig. 47, 48, 62.

Enfin, je fis de légères vibrations sur les nerfs occipitaux.

Les bourdonnements des oreilles, la douleur à leur niveau et les craquements dans l'articulation furent traités par le pétrissage et les frictions sur le facial et sur les nerfs auriculaires antérieurs.

XXII. **Inflammation de la gaîne des tendons.**

K. K..., marin, âgé de trente-deux ans, fut traité par moi le 12 décembre 1888. Six jours auparavant, il s'était produit de l'inflammation dans les tendons des radiaux et des

extenseurs du pouce. Cette inflammation commença spontanément. Les tendons étaient épaissis sur 5 centimètres de leur longueur, dans la région de leur gaine correspondant au ligament annulaire. Le mouvement détermine un fort bruit de frottement; douleur au toucher et pendant le mouvement.

14 déc. Il existe encore des bruits de frottement ; mais seulement au voisinage de l'articulation, ils n'existent pas au-dessus ; douleur seulement le matin.

17 déc. On n'entend de bruit de frottement en aucun

Fig. 74.



point ; le mouvement, même le matin, est complètement indolore.

18 déc. Renvoyé guéri.

Traitement. — J'appliquai d'abord le pétrissage ; ensuite des mouvements passifs, avec forte extension des tendons malades.

Pendant que j'appliquais le pétrissage, je courbais fortement la main du patient vers le côté cubital, afin de

maintenir les tendons étendus et de les empêcher ainsi de se mouvoir.

Le patient était traité *une fois* par jour, pendant huit à dix minutes.

XXIII. Cicatrice de la face palmaire de la main droite.

Lieutenant P..., du bataillon d'artillerie de forteresse de Pola, me consulta, le 14 décembre 1888. Quatre semaines auparavant, il s'était coupé la main, en tombant avec une lampe à alcool. La cicatrice commençait environ 1 centimètre au-dessous du poignet droit, passait en forme de demi-lune au-dessus de la région hypothénar et arrivait au voisinage du bord cubital de la main. Elle avait à peu près une longueur de 6 centimètres, était immobile, rétractée; ses bords étaient durcis et relevés. Lorsque le patient tendait l'annulaire, ce doigt était fortement ramené vers le poignet. La main et l'avant-bras étaient faibles, au point que le patient ne pouvait pas s'en servir. La sensibilité du petit doigt et du côté cubital de l'annulaire était très diminuée; la friction du nerf cubital ne déterminait aucune réaction en ces points. L'adduction du petit doigt n'était pas possible.

La première séance eut lieu le 14 décembre; après cette séance, la sensibilité du petit doigt commence à revenir.

15 déc. Plus de force dans la main.

16 déc. Cicatrice moins retractée; bords plus mous.

17 déc. La main étant placée à plat sur la table, le patient peut porter le petit doigt en adduction. Cicatrice moins déprimée; et la traction vers le poignet, lorsque le malade tend l'annulaire, est à peine perceptible. Cicatrice de la main, bien mobile. Au niveau du poignet, elle est

séparée des parties sous-jacentes, sur une longueur de 3 centimètres environ.

18 déc. La sensibilité de l'annulaire et du petit doigt est

Fig. 75.



très améliorée. La force du bras et de la main est normale.

Traitement. — J'appliquai le pétrissage sur les parties périphériques élevées et dures de la cicatrice. Afin de la détacher des parties sous-jacentes, je plaçai les deux pouces en face l'un de l'autre, à une distance d'environ 1 centimètre et dans le sens de la cicatrice. On rapprochait alors les pouces l'un vers l'autre (fig. 75). Naturellement, on prenait soin que les parties de la cicatrice placées sous les pouces se déplaçassent avec eux. On détruisait ainsi mécaniquement les adhérences.

La faiblesse du petit doigt était causée, en partie par les lésions directes des muscles et en partie par la diminution de l'activité du nerf cubital. Il était évident, d'après la direction de la cicatrice, que le nerf était actuellement affecté, cela résultait également de ce fait qu'il ne

répondait plus aux frictions que l'on exécutait sur son trajet.

Je traitai la faiblesse des muscles par le pétrissage et les mouvements actifs, exécutés sous résistance ; et la diminution de la sensibilité, par des frictions sur le nerf cubital.

XXIV. **Contusion grave de la face et commotion du cerveau, à la suite d'une chute de voiture.**

Mme A. A. C..., environ cinquante ans, habitant Kensington, Londres, éprouva un accident, le 7 août 1888. La voiture qu'elle conduisait se choqua contre un fourgon pesamment chargé et elle fut jetée à terre. Elle tomba sur le visage et fut étourdie par le choc. On la porta à Saint-Thomas où on lui donna les soins que nécessitait son état. Graduellement, elle reprit connaissance, et sa fille, qui l'accompagnait, me la conduisit. Elle eut une crise de vertige pendant le trajet.

Elle était tombée sur le côté gauche de la face. C'est le menton qui avait reçu le choc le plus rude ; il était très contusionné et ouvert. La lèvre inférieure était coupée par les dents en deux points. On observait le gonflement le plus considérable en ces deux points et sur l'os malaire. Le nez était gonflé, mais non brisé. L'articulation maxillaire était très sensible, et la malade pouvait à peine entr'ouvrir la bouche ; il existait une grande douleur dans cette région. Grand mal de tête.

Progrès et traitement. — La douleur disparut et le gonflement diminua beaucoup par l'application des vibrations et de légers pétrissages. Les bords des plaies de la lèvre furent rapprochés avec du taffetas, car la malade ne me permit pas de les recoudre ; celle du menton fut laissée ouverte. Je lui fis aussi des frictions nerveuses du cou,

pour le mal de tête. La malade se trouvait assez bien en me quittant.

8 août. Lorsqu'elle revint chez moi, le matin suivant, il n'y avait aucun tache sombre sur le visage, excepté au niveau de la paupière inférieure. La mâchoire inférieure était plus mobile. Elle avait dormi assez bien mais elle se réveillait de temps en temps, lorsqu'elle se trouvait sur le côté où elle avait reçu les blessures. Tous les rameaux sensitifs du crâne et du front étaient excessivement sensibles.

J'allai chez elle dans la soirée et la traitai de nouveau. Dans l'après-midi, elle éprouva des nausées et du vertige, avec un grand mal de tête, qui augmenta jusqu'à sept heures, moment où je fis ma visite. Elle ne pouvait supporter aucune lumière dans la chambre et tenait ses yeux absolument clos. Le pouls avait soixante-dix battements par minute; légèrement irrégulier. Le siège de la douleur, disait-elle, était profondément situé, au milieu de la tête. Elle était un peu somnolente. Je fis des frictions sur la seconde paire de nerfs cervicaux et de légères vibrations sur les yeux (fig. 32, 40), le tout dura environ vingt minutes. Cette manipulation soulagea le mal de tête, et elle put ouvrir les yeux, la lumière du gaz ne lui étant plus pénible.

La sensation de nausée persista, et pour la soulager, je fis le pétrissage général de l'abdomen, accompagné de légères vibrations au niveau du creux de l'estomac. Les nausées disparurent. Elle s'endormit pendant la dernière partie du traitement, mais se réveilla au bout d'une heure, avec la même sensation de nausée, qui disparut de nouveau; et elle se rendormit encore. Cela se reproduisit trois fois de suite, jusqu'à minuit, heure à laquelle je partis. Je restai si longtemps, parce que c'était le premier cas de ce genre qui était soumis à ce traitement.

9 août. Après que je l'eus laissée, la malade s'en-

dormit jusqu'au matin, avec peu d'interruptions. Le mal de tète avait disparu, ainsi que les nausées, mais elle me dit qu'elle ne sentait pas sa tète tout à fait libre. Les points contusionnés étaient un peu jaunes, tous guérissaient très bien. L'escarre, sur la partie contusionnée de la peau, s'écaillait. Les branches de la cinquième paire, sur le front, étaient encore très sensibles. Les frictions à leur niveau causaient une légère sensation de nausée. Traitée une fois dans l'après-midi.

10 août. Hier, dans l'après-midi, les nausées revinrent, mais seulement sous une forme très atténuée, et elle eut aussi un léger mal de tète. Les deux phénomènes disparurent bientòt. Elle dormit très bien pendant la nuit. Pas de sensation de nausée ou de mal de tète ce matin. Tète libre. Toutes les contusions et blessures étaient guéries

11 août. La malade se sentait très bien. Je suspendis le traitement, mais je lui dis de me faire prévenir immédiatement, si les nausées ou le mal de tète reparaissaient. Ils ne reparurent pas.

XXV. **Hémorroïdes externes ulcérées.**

M. C. S..., âgé de quarante-deux ans, ingénieur civil, de Londres. Le patient avait un tempérament nerveux. Il menait joyeuse vie et était très pléthorique. La digestion avait été troublée quelques mois plus tòt ; il avait eu longtemps auparavant une toux nerveuse probablement de nature réflexe et d'origine stomacale. Au commencement de janvier 1888, il vint à Brighton pour changer d'air : il s'y sentit beaucoup plus mal. Pendant qu'il s'y trouvait, il eut connaissance des propriétés merveilleuses de certaines pilules et de leur action purificatrice sur le sang. Il voulut immédiatement en essayer et à doses assez fortes.

Le résultat fut une diarrhée violente, suivie d'une constipation aussi opiniâtre, désagréablement accompagnée d'hémorroïdes externes. Il vint alors de Brighton à Hartings, où il devint encore plus malade et dut se mettre au lit. Les hémorroïdes commencèrent à s'enflammer et à s'ulcérer progressivement. Enfin, on conseilla à M. S... de venir à Londres, pour y subir une opération. L'idée de l'opération l'épouvanta un peu, et il vint d'abord me trouver, le 21 février 1888.

Il n'y avait pas moins de sept ulcères autour de l'anus, et la rougeur des parties environnantes, qui était très vive, remontait sur les régions fessières. Plusieurs ulcères étaient longs de deux centimètres et larges de 6 millimètres. Leurs bords étaient saillants.

Je désirais faire un examen interne complet, mais le patient ne voulut pas me le permettre, en raison de la douleur qu'il avait éprouvée à Hastings. Il souffrait beaucoup en marchant. Les garde-robes lui causaient une grande douleur qui persistait longtemps.

Progrès. — Je le traitai immédiatement, pendant un peu plus d'une heure, et au bout de ce temps, j'arrivai à soulager la douleur et l'irritation. Dans la soirée, je lui fis une application de même durée.

22 février. Il se sentit beaucoup mieux, et la raideur des régions fessières avait disparu.

24 février. Il s'était amélioré de jour en jour, et pouvait maintenant circuler sans douleur.

26 février. Ses ulcères ont entièrement perdu leur apparence inflammatoire, ils se sont déprimés et ont diminué ; les garde-robes ne sont plus douloureuses.

27 février. Le patient partait pour une excursion de six semaines sur le continent : les ulcères guérirent bientôt et il ne ressentit plus aucun inconvénient d'aucune sorte.

Traitement. — Je lavai d'abord les ulcères avec une solution de sublimé à 1-2000; puis je plaçai un morceau de linge humide sur chacun des ulcères qui devait être traité. J'appliquai encore par dessus de la gutta-percha, afin d'empêcher la chaleur de mes mains d'arriver aux hémorroïdes enflammées, lorsque je faisais les vibrations. Je soumettais un seul côté à la fois à la manipulation. Je traitai le patient deux fois par jour, jusqu'au 24; la durée des applications diminuait à chaque séance. Je lui appliquai aussi des vibrations sur les nerfs sensitifs du sacrum et sur ceux de la région fessière. Après cela, je fis des shakings et des tapotements sur le foie; des frictions nerveuses dans le dos, en face de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit; et enfin du pétrissage général de l'abdomen. Je donnai à mon malade une solution de sublimé et de la charpie pour le voyage, afin de tenir ses ulcères propres.

XXVI. **Ankylose du genou réduite par la force.**

Le cas suivant remonte à l'été de 1884, lorsque j'avais la direction de l'Institut de mon frère, à Londres. Le docteur Thomas Easton, de Stanrear, s'y trouvait aussi, pour étudier le traitement. Il a bien voulu m'envoyer les notes qu'il prit, à cette époque, sur ce cas. Les voici :

Paul W., Holly Bank Sheffield, mécanicien, souffrait d'un rhumatisme depuis plusieurs années. Il l'avait contracté dans les mines de houille, où il était souvent exposé à l'humidité et au froid. Tout d'abord, le rhumatisme était surtout limité à son épaule droite. En février 1883, il sentit de la douleur dans le genou droit, mais après qu'il y eut appliqué de l'eau froide, pendant un jour ou deux, elle disparut. Il se passa alors une période de six mois, pendant laquelle sa santé fut excellente.

En novembre de la même année, le rhumatisme revint et son épaule droite fut gravement atteinte. A cette époque, il fit une chute et se contusionna le genou droit. Le rhumatisme s'étendit sur le corps, attaquant la main gauche, et finalement parut s'établir en permanence dans le genou droit. Le patient fut alors retenu au lit dix semaines, pendant lesquelles le genou fut tenu au repos.

On essaya des fomentations chaudes et des vésicatoires et ensuite des frictions à l'onguent mercuriel, mais la maladie aboutit à un ankylose du genou. Un mois ou deux après, le patient vint se faire soigner par M. Kellgren, à Eaton-Square. Il resta un mois en traitement, mais son amélioration ne fut que légère. M. Wood, alors à Cardiff et son médecin, lui réduisit partiellement son ankylose, en deux opérations distinctes, faites sous le chloroforme et l'éther. Après l'opération, le genou fut placé dans une gouttière.

Pendant l'automne de 1884, le patient revint à Eaton-Square, et, en l'absence de M. Henry Kellgren, le traitement qu'il avait déjà subi, fut recommencé par M. Arvid Kellgren. Il ne faisait que des progrès peu rapides et le malade souffrait beaucoup. On lui dit alors qu'on pouvait rompre les adhérences du genou, sous le chloroforme. Je le mis donc en narcose chloroformique profonde, pendant que M. Arvid Kellgren brisait les adhérences situées autour du genou.

L'opération fut faite, à deux reprises, à l'intervalle d'une quinzaine. La première rupture fut seulement partielle ; mais la seconde fois, le 10 décembre, les adhérences du genou furent complètement détruites, la jambe étant fléchie sur la cuisse, autant qu'elle peut l'être dans des conditions normales. La douleur, après l'opération, était très grande et le gonflement autour de l'articulation, considérable, mais après que le pétrissage et l'effleurage

eurent été appliqués, la douleur disparut presque complètement.

Jeudi, 11 septembre. Le patient passa une assez bonne nuit, quoiqu'il eût un peu de fièvre. La douleur seulement le rendait un peu malade. Il ressentit des élancements spasmodiques pendant la nuit, au niveau de l'articulation du genou.

A l'examen, on trouvait que l'articulation était un peu plus gonflée que le soir précédent ; il y avait un léger changement de couleur en avant, juste au-dessous de la rotule. On fit alors mouvoir l'articulation, et on essaya des mouvements actifs et passifs. Après les mouvements on appliqua le pétrissage. Pouls : 82 ; température : 99 F. Le patient disait lui-même qu'il sentait beaucoup de soulagement après le traitement.

Vendredi, 12 septembre. Le patient a eu de la fièvre. Température : 99,5 ; pouls : 84. La tension du genou a été plus forte, et l'aire de la tache s'est beaucoup étendue en avant. Les mouvements et le massage furent de nouveau appliqués le même soir, la température monta à 100°, mais après le traitement elle descendit à 99°.

Samedi, 14 septembre. Température : 99,2 ; elle tomba à 98,8 après le traitement ; pouls : 78 ; gonflement encore considérable, la tache est plus diffuse ; douleur moindre, mais élancements spasmodiques.

Le même soir, la température était à 99,6° et le pouls à 82. Après le traitement, ils étaient respectivement réduits à 98,8° et 78.

Le gonflement était encore considérable, mais la couleur de l'extravasation avait changé et le mouvement de l'articulation, dans une petite étendue, était plus facile et non douloureux.

Lundi, 16 sept. Température : 92.2 ; pouls : 84 ; gonflement encore considérable, douleurs lançantes, pénibles et empêchant de dormir.

Les jours suivants, la douleur pendant le mouvement diminua à un degré marqué, la tache et le gonflement disparurent rapidement. Le dimanche 15, le malade descendit à l'étage inférieur et après une quinzaine, il revint à Eaton Square. Le 20 octobre il quitta Londres, bien que nous lui dîmes qu'un séjour plus long était nécessaire. Le 1er novembre, il écrit ce qui suit : « Je marche très bien, quoique ma jambe ne puisse, en se pliant, dépasser beaucoup l'angle droit, ni être ramenée, comme l'autre, à une rectitude parfaite. »

Tout le temps que le malade resta à la maison, il était traité deux fois par jour, une demi-heure chaque fois: ensuite une seule fois par jour.

XXVII. **Luxation infra-claviculaire de l'humérus gauche.**

Marcus F..., quarante-sept ans, ouvrier, vint à l'hôpital de la marine de Pola, le 21 février 1889, avec l'épaule gauche démise. Il dit qu'une charretée de sable était tombée sur lui, le jour précédent. La douleur de l'épaule gauche était si grande, qu'il tombait presque en syncope et ne pouvait se lever sans aide. En examinant l'épaule, on trouvait la tête de l'humérus sous la clavicule. Le gonflement, par suite de l'exsudation, était considérable et s'étendait à tout le bras. Sur le côté interne du bras, une tache commençait à se montrer.

Le 22, au matin, le patient fut endormi au chloroforme et l'humérus remis en place. Le bras fut ensuite placé dans une écharpe ordinaire.

23 fév. Je commençai par des mouvements passifs tels que pétrissage, effleurage, rotation (fig. 50). J'empêchai les mouvements inutiles, au niveau de l'épaule, pendant le pétrissage et l'effleurage, en étendant le bras et en le

portant latéralement avec une main, pendant que je manipulais avec l'autre.

24 fév. Pas de traitement.

26 fév. Le bras, pendant la rotation, pouvait être relevé au niveau de l'épaule. Il y avait une grande tache sur le côté interne du bras. Le jour précédent, le patient essaya de mouvoir son bras, lui-même, et il réussit à se le luxer de nouveau, partiellement, la tête de l'humérus se trouvant sur le bord antérieur et inférieur de la cavité glénoïde. Afin d'empêcher une nouvelle récidive, le bras fut fixé par un bandage sur la poitrine. Je commençai à faire exécuter des mouvements actifs.

1er mars. Il pouvait étendre le bras horizontalement en avant, et, en appuyant la main contre le mur de la pièce, il pouvait l'élever presque jusqu'au niveau de celle du côté sain. La rotation, l'extension et la flexion étaient beaucoup plus faciles. Lorsqu'il était à demi couché, le dos appuyé, il pouvait sans difficulté étendre son bras. Il pouvait placer son bras sur son cou.

6 mars. Le bras fut laissé libre, et on lui dit de le remuer souvent pendant le jour. Il peut atteindre aussi haut avec la main du côté blessé, qu'avec l'autre.

7 mars. Les mouvements actifs, sans résistance, montrent que les muscles entourant l'épaule malade ont presque complètement repris leur force. L'aspect de la région scapulaire est normal.

14 mars. Traité pour la dernière fois ; mais on lui laissa deux jours de repos.

Le patient fut traité une fois par jour, pendant environ quinze à vingt minutes, à l'exception du 24 et du 25 février et des 3 et 10 mars, où aucun traitement ne fut appliqué.

XXVIII. **Fracture de l'extrémité inférieure du radius.**

A. R..., marin, âgé de vingt ans, travaillait à la chambre des machines. Le 10 décembre, il tomba sur la face dorsale de la main gauche fléchie. Grande douleur, extravasation et gonflement à la suite. Il y avait une fracture oblique de l'extrémité inférieure du radius, partant, en bas, du eôté cubital et remontant en dehors. Il avait son bras dans des attelles que je fis enlever et qui ne furent pas remplacées, tant qu'il resta sous ma direction.

Progrès et traitement. — *12 déc.* Je commençai le traitement, qui consista en pétrissage, effleurage et autres mouvements passifs, rotation, etc. Le patient se trouva beaucoup mieux après le traitement ; la douleur, au niveau de la fracture et de l'articulation, avait diminué.

15 déc. Gonflement presque disparu. Pendant les mouvements passifs, il sent quelque douleur au niveau de la fracture.

16 déc. Il ressent maintenant de la douleur au niveau de la fracture, lorsqu'on exécute les mouvements passifs. Il peut étendre et fléchir la main au niveau du poignet, presque normalement, et sans aucune douleur. Jusqu'à présent, il ne peut rien soulever. L'exsudation a disparu, dans une mesure telle, que l'on voit nettement les tendons fléchisseurs. On a commencé des mouvements actifs sous faible résistance.

17 déc. Pendant la nuit, il a dormi sur le bras, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient. Les mouvements actifs sont meilleurs ; il ne peut encore rien soulever : il peut fermer la main assez complètement et avec assez de force. La supination et la pronation libres sont possibles, mais il ressent de la douleur au niveau de la fracture, lorsqu'on

fait de la résistance. Les mouvements passifs, tels que rotation, flexion et extension, sont indolores.

18 déc. On peut faire des mouvements de flexion et d'extension, sans que le bras soit fixé au niveau de la fracture.

21 déc. J'arrêtai le traitement lorsque je quittai Pola. Aucun mouvement n'était douloureux ; tous étaient normaux et le patient pouvait soulever des objets légers, tels qu'un livre, etc.

Le traitement journalier durait environ un quart d'heure. Lorsque j'appliquais le pétrissage et l'effleurage, j'appuyais le bras tout entier sur la table et avec la main gauche, je fixais le point brisé. Pendant les autres mouvements actifs et passifs je saisissais avec une main la fracture, de façon à empêcher les fragments de se mouvoir. Comme il n'y avait à Pola personne qui pût continuer cette forme spéciale de traitement, on replaça les attelles lorsque je partis.

XXIX. **Ankylose de l'articulation du coude, après fracture au niveau de l'extrémité supérieure du radius.**

H. J..., lieutenant de la marine I. et R. d'Autriche, vint à l'hôpital de Pola, le 27 janvier 1889 ; il était tombé d'un bicycle sur son coude droit. Grande douleur, immobilité et gonflement au niveau de cette articulation.

28 janvier. La contusion était fortement colorée. On sentait des mouvements anormaux et de la crépitation, sur une largeur d'environ deux doigts, à partir de la tête du radius. On appliqua un appareil plâtré sur le bras, placé à angle droit et à égale distance de la supination et de la pronation.

18 février. L'appareil plâtré fut enlevé et on me demanda de corriger la position anormale.

Il y avait très peu de mobilité au niveau du coude. L'extension et la flexion atteignaient environ 20°, dans chaque direction, en prenant l'angle droit comme point de départ. La supination et la pronation n'existaient pas. L'articulation du poignet était raide et ne permettait pas beaucoup de mouvement ; elle était aussi très faible.

Il pouvait seulement toucher du bout du pouce son menton qu'il avançait, ou le front, en portant la tête en avant. Il pouvait avec peine porter la main derrière le dos, et il ne pouvait pas la relever plus haut que la région lombaire. En étendant passivement le bras, on sentait le tendon du muscle biceps, très tendu. Il y avait encore du gonflement, surtout du côté externe du coude ; il s'étendait sur une longueur de quelques pouces vers le haut et vers le bas, faisant disparaître la netteté des contours. La pression y déterminait des creux profonds, qui persistaient longtemps.

Le patient ressentait de la douleur lorsqu'on pressait sur la tuméfaction, au niveau de la fracture, au niveau des articulations du coude et du poignet lorsqu'il faisait des mouvements, et dans le nerf cubital, au point où il passe derrière le coudyle interne de l'humérus, parce que l'exsudation s'était fixée autour de lui et avait rempli la coulisse.

Traitement et progrès. — Je commençai à traiter ce cas le 18 février. Le traitement consista en pétrissage, effleurage, et autres mouvements actifs et passifs, quelques-uns sous résistance, les autres sans résistance. Je les appliquai tous dès le premier jour. Pendant le traitement, j'entendais souvent des craquements provenant de la rupture des exsudats organisés.

9 mars. Le bras avait repris de la force ; la flexion et

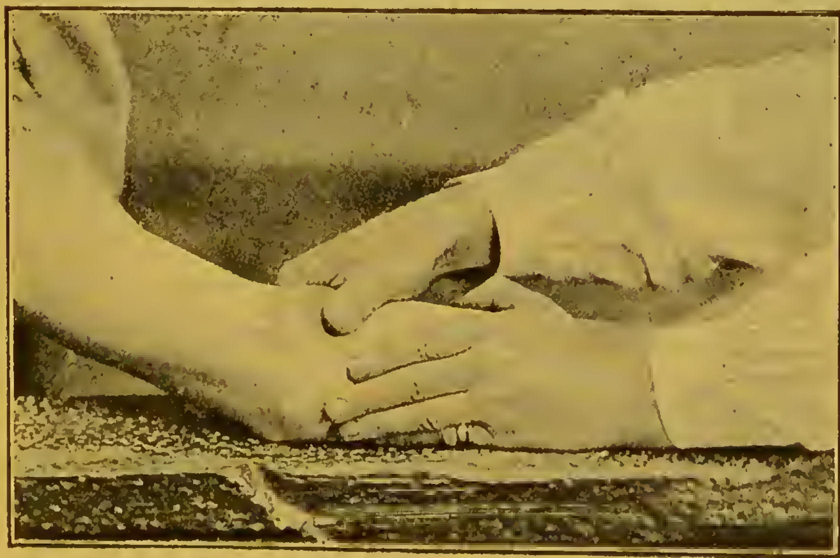
l'extension s'étaient améliorées à tel point que l'angle formé pendant le mouvement atteignait 160°. La supination et la pronation étaient presque normales, le sixième jour; le patient pouvait très bien exécuter les mouvements de l'escrime à l'épée; pas de douleur dans le nerf cubital, pendant la flexion énergique; aucun mouvement ne déterminait de douleur, tous étaient exécutés avec aisance et facilité.

16 mars. La flexion du coude était presque normale, il en était de même de l'extension. En passant sa main derrière le cou, le patient pouvait toucher entre ses épaules avec les doigts et en la portant derrière le dos, il pouvait atteindre l'épaule du même côté (le droit).

Le patient avait déjà, le 9, quitté l'hôpital, pour reprendre ses fonctions. Après le 16, il resta plusieurs jours sans revenir et retourna ensuite pendant quelque temps se faire soigner.

Le traitement dura chaque jour vingt minutes et il fut continué plus longtemps que d'ordinaire, en raison du

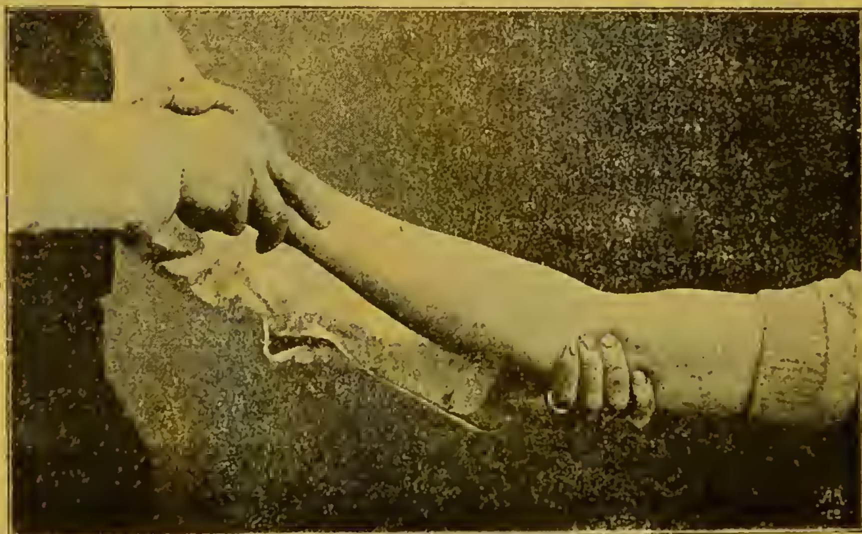
Fig. 76.



raccourcissement du muscle biceps et de la douleur du nerf cubital, causée par l'exsudat qui l'entourait.

Je désirerais attirer l'attention sur les points suivants, au sujet des figures représentant les mouvements appliqués dans ce cas. Dans la fig. 76, *montrant le pétrissage au niveau du coude, sur l'exsudat, on doit remarquer de quelle manière complète, grâce à la position qu'elle occupe, la main gauche fixe le bras*. J'ai traité immédiatement des fractures récentes du voisinage du coude, par le pétrissage, sans causer au patient beaucoup de douleur, parce que la fixation du bras était ainsi bien assurée.

Fig. 77.

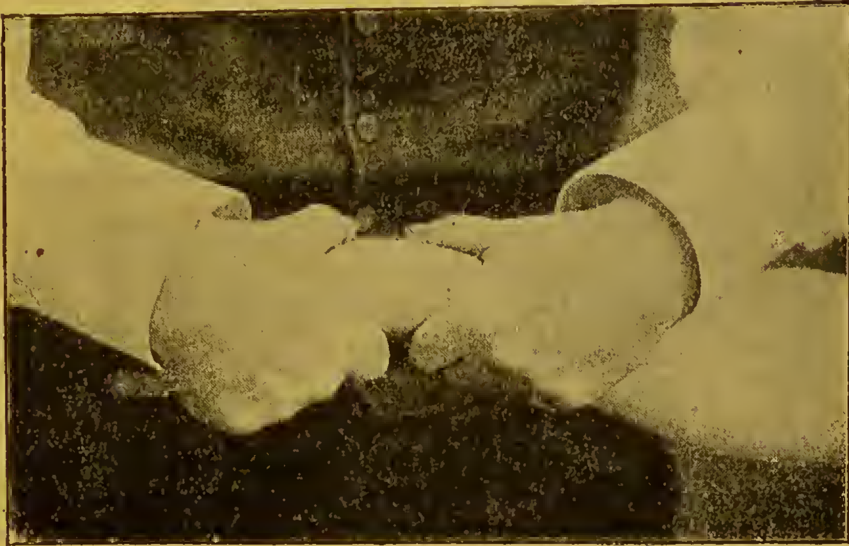


Dans la fig. 77, notez *la position des mains dans la pronation et la supination de l'avant-bras*. L'une d'elles tient le coude, l'autre, la main, avec deux doigts placés en avant du poignet.

La fig. 78 représente l'application des mains, pour détruire graduellement l'ankylose du poignet. Les deux mains sont placées près de l'articulation. L'extension

passive et les vibrations sont exécutées pendant que nous le faisons mouvoir.

Fig. 78.



XXX. Double fracture du péroné à son tiers inférieur, avec fracture de la malléole interne.

W. R..., âgé de vingt-quatre ans, lieutenant au 97ᵉ régiment d'infanterie autrichienne, fut porté à l'hôpital de la marine, le 1ᵉʳ février 1889. Il était à cheval, le cheval tomba et son pied droit resta engagé sous l'animal. Le pied, immédiatement après l'accident, avait été fortement renversé en dedans. Le patient éprouvait une violente douleur au niveau de la malléole interne. Les parties entourant la cheville étaient fortement gonflées. A l'examen, on trouva une fracture du péroné, au niveau de son tiers inférieur, où on ressentait des crépitations. On crut aussi que la malléole interne était brisée; mais, en raison de la douleur et du gonflement excessifs, on ne put, avec certitude, déterminer dans quelle mesure. On plaça la jambe dans une gouttière de Petit. La douleur devint si

insupportable pendant la nuit, que le patient dut envoyer chercher le chirurgien résidant, qui lui ordonna une compresse de glace. Le 4, quelques bulles, chacune de la taille d'une pièce de six pence ou davantage, apparurent sur les parties internes et inférieures de la jambe et de la cheville. Elles renfermaient du sérum ; elles furent ouvertes et on y appliqua un pansement iodoformé.

Le 12 février, je vis le malade pour la première fois.

Le pied et la jambe étaient énormément gonflés ; le gonflement remontait jusqu'à l'articulation du genou. L'exsudat était assez ferme. Sur toute sa surface il se déprimait profondément par la pression et les dépressions persistaient longtemps.

La peau avait une couleur jaune verdâtre. Il y avait trois points spécialement douloureux ; et après que le traitement eut été appliqué pendant quelque temps, on pouvait très bien sentir les fractures. L'une était transversale et située à une hauteur de 10 centimètres ; l'autre, oblique de bas en haut et en arrière, et se terminait postérieurement à environ 3 centimètres au dessus de l'extrémité de la malléole externe. Toutes les deux siégeaient sur le péroné. On pouvait sentir, sur la malléole interne, un sillon longitudinal, partant de son extrémité et remontant jusqu'à une hauteur de deux centimètres, se bifurquant alors en avant et en arrière. Il était donc facile à constater que la blessure avait été produite par un écrasement. Les phlyctènes n'étaient pas complètement guéries. Le pied était rigide.

Traitement et progrès. — Il consista, comme d'habitude, en pétrissage et en effleurage. Pendant l'application de la première manipulation et après, on appliquait quelques autres mouvements passifs : rotation, extension et flexion, etc. ; puis des mouvements actifs, en partie

libres, en partie sous résistance et, enfin, des frictions sur les nerfs poplités interne et externe.

19 fév. Le gonflement a disparu le long de la jambe, mais il persiste autour de la cheville et de la partie supérieure du dos du pied, quoique notablement diminué. Les mouvements au niveau de la cheville vont assez bien et causent beaucoup moins de douleur qu'au commencement. Les fragments adhèrent bien l'un à l'autre. Les phlyctènes ont guéri. Elles avaient retardé le traitement du côté interne de la cheville.

26 fév. Le gonflement autour de la cheville a beaucoup diminué, et sur le dos du pied il a disparu. Les mouvements actifs ou passifs éveillent à peine la sensibilité au niveau des fractures. Le patient peut mouvoir ses pieds librement. Je le décidai à essayer de marcher, ce qu'il fit, appuyé des deux côtés. Son pied était raide, parce qu'il était un peu nerveux et aussi parce qu'il sentait de la douleur dans l'articulation, lorsqu'il laissait porter son pied sur elle. C'était, disait-il, une espèce de sensation de brûlure. Comme je supposais que la douleur était causée par l'exsudation dans l'articulation elle-même, je fis la rotation du pied et l'extension passive et active, un peu plus longtemps que de coutume. Au niveau des fractures, il ne ressentait aucun mouvement, en marchant. Les muscles du mollet étaient plus petits pour la jambe blessée et n'agissaient pas aussi bien.

6 mars. S'est promené de long en large dans la chambre, pendant plus de cinq minutes. Le pied tourné était très rouge, mais il n'y avait aucune douleur dans l'articulation. Il marche très bien sans chanceler et sans avoir besoin d'assistance, il sent dans le pied un peu de raideur causée par une gêne localisée en arrière, au niveau du talon et de la malléole interne. Depuis hier, le pied et la jambe sont libres.

12 mars. Il a de plus en plus marché chaque jour et chaque fois avec plus de facilité. Afin de diminuer la raideur et de stimuler les muscles du mollet, je lui fis exécuter le mouvement représenté dans la fig. 58. Lorsqu'il le fit pour la première fois, il glissa et se foula le pied de nouveau. Il en éprouva, au niveau des fractures, de la douleur, qui disparut rapidement par l'application des vibrations.

13 mars. Pendant la nuit, il avait ressenti de la douleur dans tous les points fracturés, mais cette douleur était très légère. Il reçut le traitement habituel et on le fit marcher comme auparavant.

14 mars. Pas de douleur hier, ni la nuit précédente. Le gonflement, qui est très tenace du côté interne de la cheville et autour du tendon d'Achille, a en grande partie disparu. Les mouvements du pied sont normaux, excepté la dorsi-flexion, qu'empêche aussi le tendon d'Achille et les tendons qui passent autour de la malléole interne épaissie. La force musculaire est bien développée. Il peut s'habiller et aller par la chambre; il doit, cependant, lorsqu'il est assis, tenir la jambe dans une position horizontale.

19 mars. Est sorti hier matin pour la première fois; a dû monter et descendre deux étages. La descente des escaliers était un peu difficile, mais non la montée. Sortit de nouveau, l'après-midi, et marcha environ une heure dans le jardin de l'hôpital. Le patient ne pouvait mettre ses souliers ordinaires, mais devait se servir d'autres, plus larges.

23 mars. S'est promené hier en ville avec ses souliers ordinaires. N'a ressenti qu'un peu de raideur dans la cheville. Il resta sur pied pendant plus de trois heures. Fait, en marchant, des pas ordinaires.

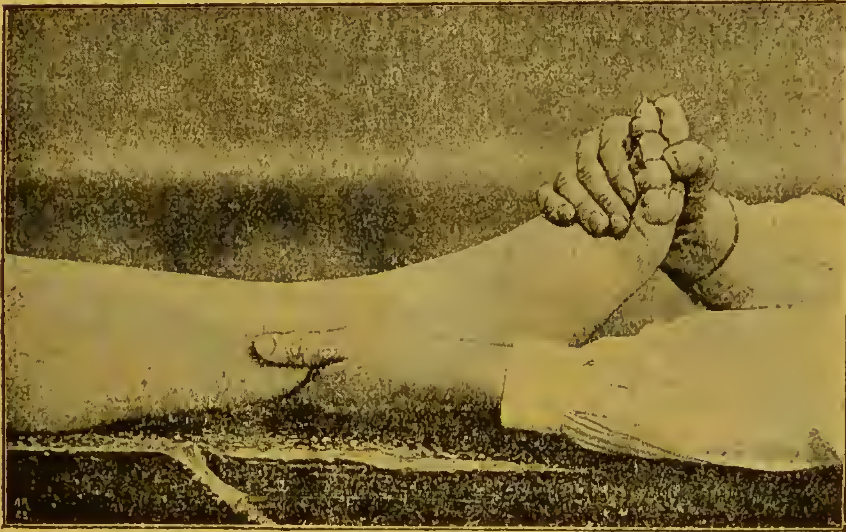
30 mars. Doit nous laisser le lundi suivant, 1er avril, a été traité aujourd'hui pour la dernière fois.

Les malléoles sont épaissies par les exsudations au niveau des fractures. Elles présentent les dimensions suivantes, comparées aux malléoles saines; malléole interne, du côté fracturé 4,25 ct. de largeur; du côté sain, 3,50 ct.; malléole externe, 3,50 ct. du côté fracturé; 3 ct. du côté sain.

Ce cas aurait dû être soumis au traitement manuel, dès le premier jour. De cette façon, on n'aurait pas laissé l'exsudat se fixer comme il le fit, et la guérison eut été par conséquent beaucoup plus rapide.

La figure 79 *montre comment on applique le pouce le*

Fig. 79.



long du péroné, afin d'agir comme une attelle, pendant que nous étendons et fléchissons le pied.

Je rencontrai le patient pendant mon voyage à Vienne, à la fin d'avril. A ce moment, il marchait bien et ce n'est que lorsqu'il marchait très vite que l'on pouvait s'apercevoir que son pied avait été blessé.

Le patient n'avait subi aucun traitement aux dates suivantes : février 17, 24 et 25; mars 3, 10, 17, 24, 25, 26 et 27.

Si l'on se rappelle la structure du pied, on verra facilement qu'il est possible *de faire l'éversion et l'inversion du pied sans danger, pourvu que nous prenions la précaution de placer la main au niveau de la fracture et que le pied soit tenu à angle droit avec la jambe.* Ces mouvements, nous le savons, ne se produisent pas au niveau de l'articulation de la cheville, mais surtout au niveau des articulations astragalienne, scaphoïdienne et calcanéo-cuboïdienne.

XXXI. **Fracture double du péroné dans son tiers inférieur, traitée sans attelles.**

Le 15 janvier 1887, Mme L..., quarante- trois ans, glissa et tomba au moment où elle descendait de sa voiture. Elle se releva et retomba de nouveau. Aux deux fois, elle entendit un craquement distinct dans sa cheville gauche. A sa seconde chute, elle s'évanouit.

A l'examen, on trouva que le péroné présentait deux fractures : l'une oblique, allant du bas en avant et en dehors, à environ 10 ct. de l'extrémité de la malléole externe ; l'autre transversale, à 3 ct. environ de l'extrémité de la même malléole. Dans la fracture supérieure, les fragments osseux étaient un peu déplacés, et c'est en ce point que l'épanchement commença à se produire ; au niveau de la fracture inférieure, il n'y avait aucun déplacement, mais on sentait très bien la fracture, lorsque le pied était tourné en dehors.

Progrès. 15 janvier. Entre les deux premières applications du traitement, le jour de l'accident, le gonflement n'augmenta pas beaucoup, et la malade n'éprouva aucune douleur.

6 janvier. Pendant la nuit précédente, une grande quantité de liquide épanché s'était rassemblée autour de la cheville, sur le dos du pied vers le haut. au niveau du tiers

supérieur du mollet. L'exsudat n'était pas très tendu, se laissait facilement déprimer par la pression, mais les dépressions disparaissaient rapidement. Pas de tache d'ecchymoses. La malade avait bien dormi et avait passé une nuit sans douleur.

23 janvier. L'épanchement a presque complètement disparu, il est seulement resté sur les fractures et sur le côté interne de la cheville. Mais je crois que la goutte, qui constituait une complication de ce cas, était la cause de l'apparition de l'épanchement en ce dernier point. Sur la jambe, d'une façon générale, il n'existait pas de changement de coloration, si ce n'est une légère teinte jaune : mais en haut, sur la face postérieure du mollet, je notai, le matin du 17, une coloration d'un bleu sombre, indiquant que je n'avais pas porté le traitement assez loin.

Il n'y a pas eu de douleur, le sommeil n'a pas été troublé. Le patient peut étendre et plier le pied à un degré considérable, sans beaucoup de difficulté.

Lorsque les mêmes mouvements actifs sont exécutés sous résistance, ils se font mieux.

30 janvier. L'épanchement a disparu, mais il persiste encore sur les fractures et le côté interne de la cheville, bien qu'à un degré beaucoup moindre. Tous les mouvements peuvent être exécutés beaucoup plus facilement et avec plus de force.

6 février. A peine un léger épanchement au niveau des fractures. Sur le côté interne de la cheville, il va et vient, suivant l'état de la goutte.

La malade a marché pendant la semaine dans sa chambre, sans aide, en s'appuyant simplement sur les meubles. Pas de mouvement perceptible au niveau des fractures. Mouvements actifs exécutés avec une force considérable. Les mouvements actifs et passifs ont une étendue presque normale.

20 février. La malade peut mo
dement les escaliers. Le mouvemen
lation de la cheville, est normal, co
force. Aucun épaississement anorn
tures.

Traitement. — On n'applique pa
du pied fut simplement corrigée
Lorsque la patiente était assise ou c
fixés à angle droit sur la jambe.

Le pétrissage et l'effleurage fur
premier moment, ainsi que les vib
se trouvaient les fractures. Le pé
contre l'épanchement, les vibrati
Pendant les premiers jours, on e
ments passifs, tels que : rotation, f
sion et inversion du pied, afin d
s'organiser et de déterminer de l
actifs, comme dans le cas précéden

La malade ne fut pas maintenue
l'aidait à descendre les escaliers
devait, à ce moment, se servir aussi
pied dans le début, mais elle le
droit avec la jambe. Depuis le trois
la malade de conduire en voiture
pied la même précaution que lors

vait la fièvre et ses douleurs l'empêchaient de r. Le matin, elle ne put, ni remuer le genou, ni er. Le genou était très gonflé. La malade fit de oppement froid autour de son genou, dont l'état n empirant. Elle avait souvent souffert du genou, lle s'inquiétait peu d'une faible douleur qu'elle y ait; plusieurs fois son genou s'était dévié.

xamen, je trouvai le genou fortement gonflé, les rs avaient entièrement disparu. Il était, en général, nt et latéralement, également gonflé. En avant, sur se, une forte rougeur, présentant dans les diverses ons, un diamètre de 9 à 10 centimètres. Sur les côtés, rougeurs.

palpation, grande sensibilité au plus léger contact, ute la face latérale externe du genou, au dessus de le et à un degré léger, sur la face interne du genou. que, en avant, au milieu de la surface rouge, il it plus qu'une faible douleur, qui allait en augmen- ers le haut et vers le bas, sur la face externe. Le nent était cependant plus dur en ce point et on ne t sentir que la partie supérieure de la rotule.

mensurations du genou sain et malade donnaient fres suivants : genou sain, 33 centimètres; genou , 39 centimètres. De légers mouvements dans le malade produisaient de fortes douleurs. Le malade uvait se tenir sur le pied droit. Sensation de

affirma qu'elle se trouvait mieux dès la première application.

29 janvier. Le gonflement a notablement diminué et on peut apprécier nettement la grosseur de la bourse patellaire. La douleur, hier, a continué à être plus faible et la malade a pu, pour cette raison, très bien dormir toute la nuit. Ce matin, les douleurs étaient beaucoup plus légères et il n'y avait dans le genou, ni autant de chaleur, ni une sensation de brûlure aussi forte.

30 janvier. Le gonflement a tellement diminué, que le genou malade ne mesure plus que 35 ct. de circonférence. La malade a essayé de marcher, mais ces tentatives déterminaient de la douleur et augmentaient un peu le gonflement.

Le gonflement, en avant de la rotule, ainsi que la rougeur, ont notablement diminué. La sensibilité latérale a complètement disparu du côté externe et persiste du côté interne.

2 février. Douleur ressentie au ras de la rotule, par pression ; cependant on peut maintenant presser la rotule beaucoup plus fortement.

5 février. A marché aujourd'hui et hier, sans aucune espèce d'inconvénients : tandis que les autres jours elle était obligée, pendant qu'elle était assise, de tenir la jambe horizontale. Aujourd'hui la rotule est libre ; peu de gonflement au dessus ou au dessous de cet os. Le tendon patellaire est également libre ; sur les côtés il reste un peu de gonflement qui n'est cependant pas dur. Plus de douleur, excepté par une forte pression sur le bord extérieur de la rotule et de sa surface. Pendant les derniers jours, j'ai appliqué le traitement très énergiquement.

6 fév. A beaucoup marché, montant et descendant des escaliers. La douleur, pendant cet exercice, était insignifiante. Le gonflement et la rougeur ont complètement disparu.

9 fév. La malade est complètement guérie; elle a fait trois milles anglais, sans en ressentir le moindre inconvénient.

XXXIII. Fracture de l'olécrane du cubitus droit, suivie de paralysie partielle et d'atrophie des muscles du bras.

Mme D...., soixante-quinze ans, fut renversée par une voiture, le 11 mai 1893 et eut le coude brisé. Le bras et la main présentèrent un gonflement notable, mais on ne posa ni attelles ni bandages. Le bras fut simplement placé dans une écharpe. Pendant les trois premières semaines, on la frictionna avec diverses pommades et ensuite on fit des frictions.

Au commencement de juillet, on lui ordonna des bains du bras, suivis de légères frictions. Ce traitement fut continué jusqu'au milieu de juillet; c'est à ce moment que la malade vint me voir. Le seul résultat qu'elle eut obtenu par ce traitement, c'est que le gonflement du bras et de la main avaient diminué jusqu'à un certain point; mais le bras et la main avaient perdu peu à peu leurs forces et étaient devenus raides, à tel point que la malade ne pouvait plus du tout s'en servir. Son médecin disait qu'il s'était produit de l'atrophie des nerfs du bras et qu'en raison du grand âge de la malade, il y avait peu ou point d'espoir de retour à la santé.

Le 14 juillet 1894, je fus appelé, et je trouvai la malade dans l'état suivant : autour du coude on constatait un gonflement notable et résistant, qui se perdait peu à peu au milieu de l'avant-bras. Entre le bras et les autres parties du cubitus, il s'était produit une adhérence fibreuse. Du

côté interne de l'avant-bras, à partir du coude, presque tout le bras présentait une couleur sombre.

La malade tenait le bras et l'avant-bras à angle droit, et à égale distance entre la supination et la pronation ; elle tenait la main et les doigts pliés.

Dans l'articulation de l'épaule, il n'y avait que peu de mobilité; les mouvements étaient douloureux, elle ne pouvait toucher, ni son épaule gauche, ni la face, avec la main droite; il lui était également impossible de porter la main du côté droit, pour la placer sur son dos. Dans l'articulation du coude, la mobilité pour la flexion et l'extension était faible, et nulle pour la supination et la pronation. Dans l'articulation du poignet, la flexion était relativement énergique, mais l'extension était faible.

Elle ne pouvait appuyer les extrémités des doigts sur celle du pouce, ni fermer les mains. Le phénomène provenait en partie de ce que les articulations des doigts étaient raides et que les muscles abducteurs et opposants du pouce étaient en partie paralysés, ce qui donnait la prédominance au muscle adducteur.

Elle n'avait pas la force de tenir des objets lourds et pesants et ne pouvait en saisir de petits; il lui était, pour cette raison, impossible d'écrire, ou bien, en mangeant, de tenir une cuiller ou un couteau dans sa main. L'extension des doigts était peu énergique. La malade, en un mot, était incapable de se servir, pour quoi que ce fût, de son bras droit.

Les nerfs musculo-spiral et médian avaient le plus souffert et ne réagissaient pas aux frictions: le nerf cubital réagissait peu.

Les muscles des épaules, du bras et de la face postérieure du bras, ainsi que les muscles abducteurs et opposants, avaient beaucoup perdu de leur volume.

Après un traitement de six semaines, la malade congédia

sa garde car l'usage de son bras lui était complètement revenu. L'extension du bras est encore un peu gênée, car, en raison du grand âge de la malade, je ne voulus pas étendre le bras avec force.

Les nerfs des bras réagissaient aux frictions.

La malade fut traitée deux fois par jour et continua encore son traitement pendant deux mois.

Actuellement, au bout d'une année, le bras est dans le même bon état qu'au moment où je suspendis le traitement.

Le traitement consista en pétrissage et en d'autres mouvements passifs, ainsi qu'en mouvements actifs faits, avec ou sans résistance.

Bordeaux. — Imprimerie J. Durand, rue Condillac, 20.